N° 43

DE L'INTERVENTION OBSTÉTRICALE DANS L'ÉCLAMPSIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 Mai 1906

PAR

Auguste CABANES

Né à Castillon (Ariège), le 15 juin 1880

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND LIBRARY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . Doyen
TRUC . . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique obstétricale.		VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe		JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale		RAYMOND, agr. (✻).
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, Ag. libre
Accouchements.		PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GUERIN
RAYMOND (✻)	POUJOL	GAGNIERE
VIRES	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.
VEDEL	SOUBEIRAN	LAPEYRE

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. VALLOIS, *président.* | ARDIN-DELTEIL, *agrégé.*
TÉDENAT, *professeur.* | GUERIN-VALMALE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS

AUG. CABANES.

Nos maîtres de l'Ecole de médecine et de l'hôpital d'Alger nous ont fait profiter, pendant cinq années successives, d'un enseignement éclairé et sûr.

Nous tenons à leur affirmer, aujourd'hui, notre profonde gratitude.

Que M. le professeur Rey reçoive ici l'assurance de notre profond dévouement, tant pour nous avoir prodigué les leçons de sa haute expérience, pendant l'année d'internat passée dans son service que pour nous avoir honoré de sa confiance, toutes les fois qu'il voulut bien nous laisser quelque initiative.

M. le professeur Goinard, qui nous donna les éléments de notre travail, a notre entière reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant notre internat à la Maternité d'Alger.

Que MM. les professeurs Trolard, Vincent, Curtillet, Trabut, Moreau, Hérail, Brault, Soulié, Scherb, MM. les docteurs Ballarel, Salièges, Sabadini, Denis, veuillent bien recevoir, aujourd'hui, nos meilleurs remerciements.

M. le professeur Vallois, dont nous avons suivi, pendant notre séjour à Montpellier, les magistrales leçons, veut bien nous faire, aujourd'hui, l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons ici nos remerciements respectueux. M. le professeur Vallois, M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, ont bien voulu nous communiquer plusieurs

observations intéressantes. Nous leur en sommes très vivement reconnaissant.

Nous n'oublions pas le bienveillant accueil que nous reçûmes de la part de nos maîtres de la Faculté de Montpellier, ni leur savant enseignement.

Enfin, nous nous rappellerons toujours le temps passé à l'internat en médecine d'Alger, où nous avons contracté une amitié déjà ancienne envers notre compagnon de gardes, le docteur Mattei.

DE

L'INTERVENTION OBSTÉTRICALE

DANS L'ECLAMPSIE

CHAPITRE PREMIER

LA TOXHÉMIE ÉCLAMPTIQUE

L'organisme de la femme est toujours profondément modifié par la grossesse physiologique, qui le met en état d'infériorité vis-à-vis des traumatismes, des infections et des intoxications.

L'insuffisance des organes excréteurs et antitoxiques — surtout tube digestif, foie, reins — peut accentuer cet état de moindre résistance.

L'exagération des phénomènes d'assimilation et de désassimilation, nécessite, dès le début de la gestation, un surcroît d'activité de la part de ces organes.

Plus facilement qu'en dehors de la grossesse, si le fonctionnement de l'un est défectueux, il y a surmenage des autres. Il peut arriver un moment où la neutralisation et la destruction des produits toxiques en circulation dans le sang sont incomplètes. Les toxines concentrées lèsent au passage les épithéliums d'excrétion et de filtration, qui perdent par-

tiellement leur propriété. A l'insuffisance antitoxique peut faire suite la toxi-rétention.

« Il est des produits excrémentitiels imparfaits, dit Bouchard, dont je ne connais ni le nom, ni la constitution, mais dont j'ai démontré physiologiquement la présence dans les urines... Toutes ces matières sont capables de produire des intoxications, parmi lesquelles nous citerons l'éclampsie. »

D'après le professeur Pinard, l'éclampsie n'est pas une intoxication propre à la grossesse : elle est une *complication* de cette même toxhémie.

En 1886, Doleris rend compte à la Société de Biologie d'expériences faites avec le sérum sanguin de femmes éclamptiques. Il rapporte qu'il a pu extraire du sang de ces malades un corps qui, injecté à des lapins, s'est montré très toxique.

Le 27 février 1892, MM. Tarnier et Chambrelent communiquent à la Société de Biologie une « note relative à la toxicité du sérum sanguin dans deux cas d'éclampsie ». Un peu plus tard, ces auteurs se déclarent à même d'indiquer que la toxicité du sérum sanguin est augmentée des deux tiers et même des trois quarts chez les éclamptiques. Elle semble croître avec la gravité du mal. Fait à noter, dans un cas elle a diminué du tiers après l'accouchement.

Quels sont les organes dont l'insuffisance fonctionnelle entraîne cette augmentation de la toxicité du sérum sanguin ?

La présence presque constante de l'albumine dans les urines des femmes éclamptiques a amené Tarnier à se faire le défenseur de la « théorie rénale » (1867).

Mais l'éclampsie peut parfaitement n'être pas accompagnée d'albuminurie. C'est l'opinion de Bouffe-de-Saint-Blaise, Roger, Simpson.

D'après Frerichs, l'albuminurie fait défaut chez un dixième des femmes éclamptiques.

Brummerstœdt ne trouve que 116 albuminuriques sur 135 éclamptiques ; Schauta, 108 sur 125 ; Paupertot, 174 sur 288.

Inverardi, Bozzolo, Lusk, considèrent l'albuminurie comme un symptôme tardif de la toxhémie.

Schiff, Bouchard, Roger et Charrin ont prouvé que, dans les toxi-infections ou les auto-intoxications, les lésions rénales ne sont pas seules causes de la toxhémie. Les nombreux perfectionnements apportés dans les procédés d'analyse biologique permettent de le constater. L'analyse systématique des urines — au début de l'éclampsie — ne révèle pas tant des lésions de l'épithélium rénal qu'un commencement d'insuffisance hépatique.

Le taux de l'urée est diminué, celui de l'acide urique augmenté ; puis apparaissent des produits d'oxydation incomplète : leucine, xanthine, hypoxanthine, dont la présence indique l'imminence d une lésion sérieuse du foie.

Plus tard encore apparaissent l'urobilinurie, l'indoxylurie, l'intermittence dans l'élimination du bleu de méthylène. A ce moment, la cellule hépatique est réellement atteinte. Un fait assez commun vient confirmer l'insuffisance hépatique : c'est l'apparition fréquente de la glycosurie alimentaire. Il est notable qu'un foie, dont la fonction glycogénique est altérée, est incapable d'emmagasiner, de détruire ou de transformer des produits toxiques.

Il les laisse donc passer en grande partie : le filtre rénal les laisse passer à son tour : il y a toxi-urie. Si, par la suite, le rein se trouve lésé, les urines deviennent rares, contiennent de l'albumine, parfois des cylindres et des cellules épithéliales, enfin sont moins riches en produits toxiques. Ceux-ci s'accumulent dans l'organisme, la toxhémie se trouve constituée.

Il peut exister des cas où l'organe primitivement insuffisant est le rein. Il s'agit alors d'un mal de Bright ancien,

plus rarement d'une tuberculose, d'une syphilis rénale. L'hépato-toxhémie est secondaire.

L'anatomie pathologique a également démontré que l'organe primitivement atteint est le foie. Les travaux importants de Pilliet, Létienne, Bar, Bouffe-de-Saint-Blaise l'ont suffisamment prouvé.

De plus, l'analogie est frappante entre la symptomatologie du mal éclamptique et celle de l'ictère grave, surtout dans ses manifestations nerveuses (P. Bar).

« Dans la sphère motrice du système nerveux : accès convulsifs, paralysies ; dans la sphère psychique : délire, manie, coma ; dans la sphère sensorielle : tintements d'oreille, troubles de la vue ; dans la sphère sensitive : céphalée, douleur épigastrique, fourmillements dans les membres ; dans la sphère nutritive, dyspnée intense, troubles de la respiration, troubles de la marche du cœur, diarrhées incoercibles. »

Il ne faut pas omettre du tableau de la symptomatologie éclamptique — que nous ne nous attacherons pas à décrire ici de façon spéciale — l'augmentation constante de la tension artérielle.

Vinay, Vaquez, Baranger, Queirel et Raynaud (de Marseille), ont publié à ce sujet d'importants travaux.

Dans la grossesse normale, la tension artérielle, à partir du huitième mois, tombe de 15-16 à 13-12. Au contraire, dans l'albuminurie gravidique, cette tension dépasse la normale jusqu'à 22-25, au cours des convulsions.

« Elle reconnaît pour cause l'excitation des voies constrictives par auto-intoxication. Son augmentation est en raison directe de la gravité du mal. » (Queirel, cité par Reinburg.)

La théorie de « l'auto-intoxication maternelle, cause de l'éclampsie », n'est pas universellement admise.

En Allemagne, Kronig, Fehling, Schmorl n'admettent

pas que le mauvais fonctionnement de l'organisme maternel soit l'origine de la toxhémie éclamptique.

« Le passage, dans le sang maternel, des matières régressives provenant du fœtus est empêché, pendant la grossesse normale, par le placenta... Le placenta aurait donc, pendant toute la durée de la grossesse, la fonction d'un rein dans sa sécrétion propre, d'un foie dans sa fonction antitoxique... Ce n'est qu'à la fin de la grossesse, que les toxines passant peu à peu dans le sang provoqueraient des douleurs qui ont pour suite l'évacuation de l'utérus...

» L'éclampsie est un empoisonnement plus ou moins grave, provoqué par le passage, dans le sang maternel (à travers le placenta lésé), de matières régressives. » (Czempin, cité par de Félice.)

Fehling (9e Congrès de la Société allemande de gynécologie, 1901), conclut à l'origine fœtale de la toxhémie éclamptique. Il déclare : « la théorie de M. Bouchard, d'après laquelle l'éclampsie a sa cause dans l'hypertoxicité du sérum sanguin, ne doit pas être maintenue ».

Il ne nous appartient pas de trancher ici le débat. Néanmoins, il nous paraît que, dans l'éclampsie en particulier, l'albuminurie et les lésions placentaires qui en sont la conséquence, apparaissent alors que la toxhémie maternelle est déjà constituée.

De plus, faut-il admettre que, dans l'éclampsie du début de la grossesse, le placenta soit capable de déverser dans le sang maternel des décharges toxiques suffisantes pour causer cette même toxhémie ?

Il est moins douteux que l'intoxication maternelle, progressant avec la durée de la gestation, ne finisse par retentir sur l'organisme fœtal. Les organes de défense de ce dernier ne tardent pas à être débordés. Dans certains cas, la destruction locale des villosités choriales rétrécit le champ de l'hé-

matose placentaire (hémorragies). Le fœtus est en souffrance, désassimile plus qu'il n'assimile. Il peut à son tour exercer une action nocive sur l'organisme maternel.

Le passage des toxines solubles à travers le placenta, est des plus probables.

Il en résulte, par une série d'oscillations successives, une concentration toujours croissante de la toxhémie chez la mère et le fœtus.

L'éclampsie comporte donc, pour la mère et le fœtus, d'autant plus de dangers que la grossesse est plus avancée.

La gravité du pronostic est en raison directe de l'importance des principaux symptômes.

L'accord est parfait sur l'attention qu'il faut accorder à la présence de l'albumine et des cylindres dans les urines. Mais il est remarquable que la plupart des observateurs ont toujours pris, comme terme de comparaison et indice de la gravité du mal, l'intensité et le nombre des convulsions. Il est certain que des accès sub-intrants sont d'un pronostic sérieux. Mais le coma, plus que les crises éclamptiques, témoigne d'une intoxication profonde. Il en est de même de la température, élevée le plus souvent.

CHAPITRE II

FREQUENCE DE L'ECLAMPSIE

Mortalité maternelle, mortalité fœtale

Nous nous permettrons, après avoir rapidement énuméré les statistiques établies jusqu'à ce jour sur la fréquence de l'hépato-toxhémie gravidique, de citer celles qui font mention de la mortalité maternelle.

Mme Lachapelle	sur 38.000	accouchements	trouve 91	éclamptiques
Lohlein. . .	52.325	—	315	—
Merriman . .	10.000	—	48	—
Pacoud. . .	11.203	—	47	—
Varnier. . .	10.315	—	53	—
Germont . .	4.843	—	16	—
Maury . . .	7.065	—	43	—
Reinburg . .	26.511	—	90	—

Un point important à noter :

Les primipares éclamptiques sont plus nombreuses que les multipares.

D'après	Olshausen	74 °/₀	des éclamptiques	seraient primipares
—	Kopetsch	75	—	
—	Knapp	71	—	
—	Winckel	76,8	—	

—	Casamayor	77	—
—	Lantos	78,6	—
—	Scanzoni	79,4	—
—	Brummerstædt	80,5	—
—	Schauta	82,5	—
—	Gett Kant	85,1	—
—	Dührssen	80	—
—	Lœhlein	85,4	—
—	Braun	86,3	—
—	Goldberg	86,4	—
—	Reinburg	69	—

Divers (monographies et thèses), Michel, Mortagne, Azaïs, Fournier, Picard, Lacambre, Danger, Schmitt, de Félice, Maury, Reinburg), 68 %.

Les grossesses multiples semblent également favoriser l'hépato-toxhémie gravidique.

C'est ainsi que :

Olshausen trouve une moyenne de		8 grosses. mult.	sur 100 éclampt.
Goldberg	—	4,9 °/₀	—
Dührssen	—	4,5	—
Lœhlein	—	5,2	—
Schauta	—	7,9	—
Winckel	—	11	—
De Felice	—	5	—
Santelli	—	7,14	—

Nous rappelons pour mémoire qu'en France on compte en moyenne 10 grossesses physiologiques multiples sur 1.000 accouchements (Vallois, *Accouchement normal*), soit 1/100. En Allemagne, cette moyenne est plus élevée (7,3 %) (De Félice).

L'éclampsie s'observerait, par ordre de fréquence :

Pendant le travail, après la délivrance, pendant la grossesse (Cazeaux).

Pendant la grossesse, pendant le travail, *post partum* (Bailly).

Pendant la grossesse 54 %, pendant le travail 30 %, *post partum* 16 % (Varnier).

Pendant la grossesse 40 %, pendant le travail 40 %, *post partum* 19 % (Reinburg).

Pendant la grossesse 24 %, pendant le travail 60,27 % *post partum* 15,07 % (Glockner, cité par de Félice).

Les différentes statistiques mentionnant la mortalité chez les éclamptiques donnent les résultats suivants :

Statistique Charpentier :

Eclamptiques, 295 ;
Décès, 76 ;
Mortalité, 24 %.

Statistique de la Maternité (Th. agrégat. Charpentier) :

Eclamptiques, 54 ;
Décès, 9 :
Mortalité, 35 %.

Statistique de l'hôpital des cliniques (Charpentier, *loco cit.*) :

Eclamptiques, 127 ;
Décès, 45 ;
Mortalité, 37 %.

Thèse Casamayor (1872-92) :

Eclamptiques, 100 ;
Décès, 35 ;
Mortalité, 35 %.

Thèse Michel (1892-97) :

Eclamptiques, 40 ;
Décès, 4 ;
Mortalité, 10 %.

Statistiques de M. Maygrier (Th. Michel) :

Eclamptiques, 44 ;
Décès, 17 ;
Mortalité, 38,63 %.

Statistiques Maternité Marseille (Th. Laugier) :

Eclamptiques, 41 ;
Décès, 20 ;
Mortalité, 48,7 %.

Statistiques Maternité Lariboisière (Pinard), Varnier (1883-1888) :

Eclamptiques, 50 ;
Décès, 7 ;
Mortalité, 14 %.

Thèse Dubost, 1888-90 (Pinard) :

Eclamptiques, 11 ;
Décès, 3 ;
Mortalité, 27 %.

Statistiques particulières :

Thèses et monographies : Danger, Fieux, Lefloch, Azaïs, Fouqueau, Gérard, Lugeol, Macé, Tucoulat, Arnal, Ménager, d'après Schmitt :

Eclamptiques, 320 ;
Décès, 63 ;
Mortalité, 19,68 %.

Statistique clinique Baudelocque, 1890-92 (Th. Germont) :

Eclamptiques, 16 ;
Décès, 3 ;
Mortalité, 18 %.

Statistique clinique Baudelocque, 1890-1904 (Th. Reinburg) :

Eclamptiques, 104 ;
Décès, 19 ;
Mortalité, 19, 2 %.

Lariboisière, 1900-1902 (Th. Maury) :

Eclamptiques, 43 ;
Décès, 7 ;
Mortalité, 16,28 %.

Ainsi que nous l'avons déjà signalé, le fœtus participe à l'intoxication maternelle et, pour lui, le pronostic de l'éclampsie est beaucoup plus grave.

Wieger trouve sur	396	naissances	217	enfants vivants.	Mort. % 45,1
Blot —	58		19	—	— 67,2
Scanzoni —	25		12	—	— 52
Hôpital cliniques	304		121	—	— 60,1
id.	11		8	—	— 24,27
Th. Charpentier	148		78	—	— 47,2
Id. Maternité	54		36	—	— 33,33
Th. Michel	23		9	—	— 60,8
Dr Laugier	40		21	—	— 47,5
Dr Varnier	50		25	—	— 50 %
Dr Germont	17		13	—	— 29,4
Divers (Schmitt)	287		153	—	— 46,3
Glockner	119		66	—	— 44,5
Reinburg	111		34	—	— 32,4

Nous estimons inutile d'établir une moyenne globale de la mortalité maternelle et fœtale. Les résultats diffèrent trop suivant l'époque où fut composée chacune de ces statistiques — et aussi suivant les modes de traitements institués.

CHAPITRE III

TRAITEMENT MEDICAL DE L'ECLAMPSIE

Les relations de Deman, de Gana (1802), Rayer (1843), Simpson (1849), concernant la coïncidence fréquente de l'albuminurie et des convulsions chez les femmes enceintes, amenèrent Wilson à concevoir sa théorie « de l'origine rénale de l'éclampsie ».

Tarnier, chaud partisan des idées de Wilson, sous l'influence de Jaccoud préconisant le traitement lacté pour les albuminuries, recommanda ce régime pour les éclamptiques. Ainsi fut indiqué d'emblée le point le plus important du traitement médical de l'hépato-toxhémie gravidique.

Pajot n'accepta pas cette manière de voir :

« Si le régime lacté empêche l'éclampsie, les enfants à la mamelle ne devraient jamais en être atteints.

» Comme elle existe fréquemment chez eux, c'est que le régime lacté n'a aucun pouvoir prophylactique. » (D'après Auvard.)

Tous les autres accoucheurs adoptèrent cependant l'opinion de Tarnier, et depuis, d'innombrables observations ont consacré l'efficacité du régime lacté, qui, institué à temps, a toujours sauvegardé de l'atteinte du mal les femmes en imminence d'éclampsie.

L'expérimentation est venue expliquer les résultats fournis

par l'observation clinique. C'est ainsi qu'en 1887, Roger et Charrin ont démontré que, sous l'influence du régime lacté, la quantité de toxines en circulation dans le sang diminuait dans des proportions considérables.

Tarnier a établi que le pouvoir prophylactique de ce traitement est absolu, à condition qu'il soit institué dès l'apparition de l'albumine dans les urines. Mais l'albuminurie peut manquer dans certains cas d'éclampsie.

Il est rare alors, que l'on n'observe pas d'autres symptômes qui, pour si variés et fugaces qu'ils soient, doivent éveiller l'attention du praticien.

Les dermatoses de la grossesse, l'*herpes gestationis,* les érythèmes polymorphes récidivants (Pinard), les troubles gastro-intestinaux légers, la sialorrhée, l'odontalgie sans carie dentaire, la perversion du goût et de l'odorat, l'insomnie, surtout chez les primipares, font souvent partie des prodromes de l'éclampsie. La constipation tenace coïncidant avec des vomissements ; les troubles sensitifs : céphalées, névralgies, fourmillements aux extrémités, barre épigastrique de Chaussier ; les troubles sensoriels surtout : vertiges, amblyopie ; les troubles circulatoires : augmentation de la tension artérielle, œdème, sont des signes importants de l'intoxication maternelle.

Ils indiquent absolument, même en dehors de toute albuminurie, l'institution du régime lacté. Dans les cas douteux, lorsque les symptômes de lésions rénales font défaut, il est facile de procéder à la recherche des signes d'insuffisance hépatique : perméabilité du foie à l'H^2S (expérience de Roger), apparition de la glycosurie alimentaire (Roger), intermittence dans l'élimination du bleu de méthylène (Chauffard).

Le régime lacté, pour être efficace, doit être absolu. Dans les cas graves, il peut avantageusement alterner avec la diète hydrique. Il a pour but de réduire au minimum les chances

d'hétéro-intoxication d'origine alimentaire : il aide à l'élimination des toxines en provoquant une diurèse abondante.

Mais l'auto-intoxication de l'organisme maternel est toujours possible. On pourra la prévenir en instituant une antisepsie rigoureuse de la bouche et du tube digestif. Le charbon, le benzonaphtol, antiseptiques incapables de léser le foie ni le rein seront employés de préférence.

Enfin, l'exécution des prescriptions de l'hygiène usuelle, l'isolement, s'il s'agit de neurasthéniques ou d'hystériques, ne seront pas à négliger.

« Le XIXe siècle a donné aux accoucheurs des armes presque suffisantes pour prévenir les attaques d'éclampsie, mais non pour les combattre...

» Actuellement, en face d'une femme atteinte de convulsions, nous ne faisons que de l'empirisme. » (Pinard, *in* th. Reinburg.)

La multiplicité des traitements proposés pour empêcher la production des crises d'éclampsie en est la meilleure preuve.

La méthode hydrothérapique a été préconisée par Siebold, Scheferli, Raulin, Guérard, Gehler, Lauverjat, Schweizhauser, Morgenhesser, Jœrg, Ritgen qui recommandent les bains tièdes. Leur exemple est suivi par Jacquet et Porter (1873).

Breus obtient 17 guérisons sur 18 cas par la méthode des enveloppements humides. Les affusions froides sont recommandées par Osianter et Siebold.

Mais Rombro et Lauverjat citent des cas de mort malgré cette thérapeutique, dont l'exécution rencontre souvent de grosses difficultés matérielles.

Bar (1885) et Bonnaire reconnaissent à la balnéation de sérieux avantages ; elle augmente notablement la diurèse.

D'après Wyder, de Zurich, le traitement hydrothérapique a une importance telle que son échec implique presque fatalement celui de toute autre médication.

L'éclampsie a été longtemps considérée comme « le résultat de l'excitation violente produite par l'afflux de la masse sanguine vers le cerveau ». (Miquel.)

De temps immémorial, les accoucheurs ont tenté de diminuer par la saignée l'abondance de « cet affux de la masse sanguine ».

L'usage des modificateurs du système nerveux est de date plus récente. La phlébotomie a été couramment pratiquée jusqu'au milieu du XIXe siècle. C'est ainsi que Depaul ne craignait pas d'enlever à ses malades jusqu'à deux litres de sang. Mais, dès 1867, Mangenest (thèse) déclare que l'éclampsie est une anémie des centres nerveux ; toute émission sanguine est donc contre-indiquée. Trousseau et Horand repoussent également la saignée ; Peter (1875) s'en fait le défenseur. Charpentier établit qu'avec les saignées modérées, (500 grammes au maximum) la mortalité n'est que de 41 pour cent ; avec les saignées abondantes (1000 grammes et au-dessus) elle s'élève à 54 pour cent.

Lancry (1886), élève de Budin, se déclare partisan des émissions sanguines. Bouchard les recommande vivement. D'après lui, une saignée de 320 grammes équivaut à l'élimination de 5 grammes de toxines. Pinard rejette la phlébotomie qui est cause d'une « augmentation sensible de la tension artérielle ». (Reynaud et Queirel.)

La saignée n'empêche pas toujours la reproduction des crises éclamptiques. Dans le but de diminuer l'intensité des accès, les accoucheurs ont essayé d'agir directement sur le système nerveux.

En 1867, Shoyer (Kansas) préconise le bromure de potassium, à haute dose (10 gr.). Raciborsky, Rey, l'emploient à doses plus faibles (0 gr. 50 à 2 gr.). Jalabert, Hutchinson, en donnent jusqu'à 15 grammes par jour.

Mais la plupart des accoucheurs ne tardent pas à délaisser

le bromure de potassium, pour utiliser le chloral-hydraté, introduit dans la thérapeutique de l'éclampsie par Bouchut (1869) et Serré (1870). Bourdon (1873) insiste sur les bons résultats donnés par ce nouveau produit.

Chouppe (1876), Charpentier, Deshayes, Bellmunt, Tucoulat (1879), Testut, Froger (1879), Chambert (1879) l'emploient, soit par la voie buccale ou rectale, soit en injections hypodermique ou intraveineuse.

Actuellement, la voie hypodermique est délaissée. Le chloral est administré aux malades, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale. Il est préférable, dans les deux cas, de se servir de solutions étendues (1/50 ou 1/100), pour éviter l'intolérance gastro-intestinale.

Pendant le coma, la sonde œsophagienne assure l'ingestion du médicament.

Le chloral agit non seulement sur le système nerveux, mais influe aussi sur la tension artérielle, qui diminue sensiblement après son absorption. Agit-il comme antiseptique en donnant du chloroforme et plus tard du formol ? Cette question est loin d'être élucidée.

L'opium est encore un des modificateurs du système nerveux couramment usités, du moins en Allemagne, pour combattre les convulsions éclamptiques. Braun-Kiwish, Scanzoni, Wieger l'emploient couramment. Cazeaux signale le danger qui peut résulter de l'administration de l'opium chez les sujets dont le rein est déjà lésé.

Clark (1880), Faust emploient la morphine à dose de 0 gr. 05 centigr. *pro die*.

Maberley, Smith, Cooley (1881), Worr (1882), Vannamaker usent couramment de cet alcaloïde pour combattre les accès éclamptiques. Veit en donne jusqu'à 20 centigrammes par 24 heures. En 1891, Löhlein cite 87 observations très favorables à l'emploi de ce médicament (mortalité de 13,8 %).

D'une façon générale, les accoucheurs français ne se servent pas de morphine pour combattre les accès éclamptiques ; ils lui préfèrent le chloral et le chloroforme.

Richet et Simpson ont été les premiers à préconiser l'emploi du chloroforme (1848), Bouchacourt (1855), Frémineau (1855), Macario, Liégeard, Scanzoni, Spiegelberg, Blot (1857) en usent constamment. Charpentier constate qu'avec l'emploi systématique du chloroforme, la mortalité tombe à 11 %. Des discussions s'élèvent bientôt sur la façon d'employer cet anesthésique.

Horand, de Lyon, est d'avis qu'il faut saturer l'organisme de chloroforme pour obtenir un bon résultat. Tarnier pense de même. Budin reproche à ces doses massives de nuire aux fonctions déjà si compromises du foie et du rein.

D'après Bonnaire, il faut « au moment précis où apparaissent les premières trémulations des muscles faciaux, indices précurseurs de l'invasion de l'attaque, sidérer en quelque sorte le système nerveux au moyen d'une dose massive de chloroforme.

» L'indication de l'emploi du chloroforme est absolue dans tous les cas d'éclampsie, même lorsqu'il s'agit d'une femme cardiaque.

» On peut y recourir sans crainte : c'est un fait d'observation bien connu de tous les accoucheurs, que la femme en état de puerpéralité supporte le chloroforme avec une aisance toute spéciale. Ce médicament n'agit pas d'ailleurs simplement à titre d'anti-spasmodique ; il constitue aussi un agent antiseptique pour l'intimité des tissus et son action est analogue à celle du chloral. » (Dr Bonnaire, *Traité de l'éclampsie*.)

Il est incontestable que le chloroforme agit plus rapidement que le chloral sur les accès éclamptiques : comme lui, il abaisse la pression sanguine, après une courte période

d'excitation. Mais le danger d'administrer des doses massives de cet anesthésique, signalé par M. Budin, n'est pas illusoire.

Déjà en 1884, Terrier et Patein, signalent que la narcose chloroformique trop longtemps prolongée peut faire apparaître l'albuminurie. Lütze (1897) signale un cas où l'albuminurie post-chloroformique a persisté 22 jours. Rindskopf (1893) a trouvé chez 93 malades opérés sous la narcose chloroformique :

6 fois de l'albumine seule,
6 fois de l'albumine et des cylindres,
19 fois des cylindres seuls,
21 fois des leucocytes,
19 fois des cellules épithéliales du rein,
6 fois des hématies.

La cylindrurie se manifesterait dans 58 % des cas d'albuminurie, d'après Alessandri. Ce même auteur a trouvé jusqu'à 6 grammes d'albumine dans les urines d'un malade chloroformé (Alessandri, *Degli effeti del chloroformio sull'organismo ed in particolare sui reni.* — *Policlinico*, 1893).

Babacci et Bebi trouvent de l'albumine dans les urines de la plupart des malades qu'ils ont observés après chloroformisation. (89 % des cas. *Policlinico*, 1896.)

Eidenrath note que dans six cas où l'albuminurie existait avant l'anesthésie, elle a augmenté dans de notables proportions (de 3 à 9 grammes dans un cas).

L'influence du chloroforme sur la perméabilité rénale a été l'objet d'expériences intéressantes de la part de Galéazzi et Grillo (*Giorn. della Accad. di med.*, Torino, 99).

Injectant à des lapins des quantités égales de toxine diph-

térique, ils ont noté la mort des animaux chloroformés et la survie de ceux qui ne l'avaient pas été.

On est amené à se demander, à la suite de ces expériences, si les doses massives de chloroforme ne peuvent fâcheusement influencer la perméabilité rénale chez les éclamptiques, surtout lorsque l'état de mal persistant longtemps, l'administration de cet anesthésique se prolonge autant que durent les crises.

Les partisans de l'administration large du chloroforme invoquent son pouvoir antiseptique qui ne serait pas à dédaigner dans l'intoxication éclamptique. Le chloroforme en se décomposant donnerait du formol.

Si cette réaction est vraie, elle doit aussi donner lieu à la formation de chlorures alcalins en proportions assez considérables.

Le traitement médical de l'éclampsie déclarée ne combat pas seulement les phénomènes convulsifs, mais aussi l'intoxication qui en est cause. Le traitement antitoxique comporte habituellement les injections de sérum artificiel combinées à la saignée.

Si la rétention chlorurée joue un rôle important dans la genèse des œdèmes, doit-on user des injections hypodermiques salines chez les éclamptiques ? Cette pratique ne peut-elle être nuisible lorsque les lésions rénales sont avancées ?

C'est ainsi que, le 19 juin 1902, M. Porak présente à la Société d'obstétrique de Paris, des pièces anatomiques provenant d'une jeune femme éclamptique morte dans son service après avoir suivi le traitement médical, saignée, sérum.

A l'autopsie, on a trouvé des lésions hépatiques et rénales très avancées et de l'œdème pulmonaire. M. Porak se demande si, dans ce cas particulier, cette thérapeutique n'a pas été plus nuisible qu'utile.

Les partisans de la saignée — transfusion séreuse, in-

voquent les bons résultats donnés par cette pratique : diurèse et diaphorèse abondantes, lavage du sang.

Les adversaires de cette méthode lui reprochent de relever, dans des proportions considérables, la tension artérielle (Pinard), et d'augmenter par là la congestion et les œdèmes.

Il ne nous appartient pas de trancher le débat sur l'utilité ou le danger de la saignée — transfusion séreuse.

Dans tous les cas, ne pourrait-on pas admettre, par mesure de précaution, que le volume de sérum artificiel injecté ne doit jamais être supérieur à celui du sérum du sang soustrait aux malades.

Pour combattre les phénomènes d'asphyxie si fréquents pendant la période des accès éclamptiques, Fawr (1885) préconisa les inhalations d'oxygène. Depuis, Tschunichow, Lwow, Bompiani et, à leur suite, la majorité des accoucheurs ont adopté cette méthode.

Nous citerons encore le traitement de l'éclampsie par le veratrum viride. Préconisé par Herbert Fearn, de Brocklyn (1869), il a été surtout employé par Parvin, Mangiagalli (Congrès de Genève, 1896) Vincenzo Lorenzo (*Arch. d'obstetr. e. gyn. aprile* 1902). L'usage de ce produit est dangereux, car il déprime très fortement le cœur.

Edebolhs, chirurgien américain, propose la décapsulisation rénale dans l'éclampsie, tout comme dans le mal de Bright. Il a obtenu une guérison par ce procédé. (Edebolhs, *Am. J. of. obstetries*, 1902.)

Pollock, de Glascow, donne aux éclamptiques du chlorhydrate de pilocarpine et de l'acide benzoïque ?

Mais ce n'est plus pour diminuer le nombre ou l'intensité des crises : c'est pour provoquer l'accouchement.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DE LA CESSATION DE LA GROSSESSE SUR LA MERE ET LE FOETUS

Le fœtus tire-t-il un bénéfice réel de la prolongation de la grossesse ?

D'après ce que nous savons sur l'évolution de l'hépato-toxhémie gravidique, il semble à peu près certain que la cessation de la grossesse doit être un pronostic favorable pour la mère.

Il y a peu de temps encore, nous entendions M. le professeur Vallois nous rappeler que la cessation de la grossesse peut être considérée comme effective, non seulement après l'accouchement, mais encore, à partir du moment où le fœtus mort n'emprunte plus à la mère que le logement, suivant l'expression de M. le professeur Pinard. Quelques faits, assez rares, mais très probants de cessation des accidents éclamptiques après la mort du fœtus semblent confirmer cette manière de voir.

En effet, dès que le fœtus est mort ou expulsé, l'organisme maternel n'a plus à assurer la nutrition ni la désassimilation fœtales. La toxi-rétention doit se trouver diminuée d'autant.

Diminution de la somme des produits toxiques à éliminer,

facilités plus grandes d'élimination, telles seront les conséquences de la cessation de la grossesse.

L'influence favorable de l'accouchement sur les convulsions se manifesterait :

d'après	Dührsen	dans	74 %	des cas
—	Schauta		33,5	—
—	Wieger		66,66	—
—	Léopold		54	—
—	Lantos		69,3	—
—	Lohlein		80,7	—
—	Olshausen		85	—

Les statistiques établies par Charpentier, Casamayor, Michel, Dubost, Laugier, Schmitt, sont moins favorables. L'amélioration n'a été constatée que dans une proportion de 53,17 %. Dans 18,76 % des cas, les crises furent plus fréquentes, mais les malades guérirent. L'accouchement fut-il nuisible ? La difficulté d'interprétation de ces statistiques résulte de ce fait : les accoucheurs ont toujours pris comme terme de comparaison et indice de la gravité du mal l'accès éclamptique, dont la valeur pronostique n'est pas absolue.

Si le fœtus est viable, il bénéficie aussi de l'accouchement.

Nous nous proposons de citer quelques statistiques qui indiquent suffisamment que la mortalité fœtale varie suivant que les crises débutent longtemps avant l'accouchement ou pendant le travail.

Varnier, *Revue d'obstétrique et de pædiatrie* (1888), estime que la mortalité fœtale est énorme, dans le cas où l'éclampsie précède le travail.

Sur 17 cas, il compte :

Eclampsie 48 heures avant l'accouchement, 17 *cas* :

13 enfants mort-nés,
1, né en état de mort apparente n'a pu être ranimé,
2 morts après la naissance,
1 vivant.

Eclampsie pendant la période de dilatation, 13 *cas* :

3 morts-nés,
1 mort de convulsions, 5 jours après sa naissance,
9 vivants.

Eclampsie à la période d'expulsion, 2 *cas* :

2 enfants vivants.

LAUGIER, *thèse* :

Eclampsie avant le travail, 12 *cas* :

Mort-nés, 10,
Vivants, 2.

Eclampsie pendant la période de dilatation :

Morts-nés, 4,
Vivants, 10.

SCHMITT et DIVERS :

Eclampsie avant le travail :

Mort-nés, 37,
Vivants, 18,
Mortalité, 67 %.

Eclampsie pendant la période de dilatation, 58 *cas* :

Mort-nés, 15,
Vivants, 43,
Mortalité, 25,88 %.

Maury et Reinburg (Thèses, statistiques réunies).

Eclampsie avant le travail, 26 *cas :*

Mort-nés, 20,
Vivants, 6,
Mortalité %, 76,53.

Eclampsie pendant la période de dilatation, 22 *cas :*

Mort-nés, 6,
Vivants, 16,
Mortalité, 27,2 %.

Eclampsie à la période d'expulsion, 1 *cas :*

Vivant, 1.

Lorsque l'accouchement ne suit pas immédiatement l'éclampsie, la mortalité fœtale est considérable.

Grossesse prolongée pendant 3 semaines à 4 mois :
Mortalité, 40 %.

Grossesse prolongée de 10 jours à 3 semaines :
Mortalité, 81 %.

Grossesse prolongée de 5 jours à 10 jours :
Mortalité, 93,75 %.

Grossesse prolongée de moins de 5 jours :
Mortalité, 64,70 %.

(Statistiques Michel, Fieux, Schmitt.)

Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann (Montpellier, 1903), a recueilli 44 observations d'éclampsie, où la continuation de la grossesse a été observée. Nous empruntons à cet auteur le résultat de ses récentes recherches.

1° La grossesse a continué de 24 heures à 8 jours :
21 cas.
9 enfants vivants.
Mortalité, 55,23 %.

2° La grossesse a continué de 9 à 16 jours :

5 cas.

3 enfants vivants.

Mortalité, 40 %.

La grossesse a continué de 3 semaines à 1 mois :

9 cas.

3 enfants vivants.

Mortalité, 66,66 %.

La grossesse a continué de 2 à 3 mois :

3 cas.

1 enfant vivant.

Mortalité, 66,66 %.

CHAPITRE V

L'INTERVENTION OBSTETRICALE. — HISTORIQUE INDICATIONS.

L'éclampsie reconnaît toujours la grossesse pour cause et cesse le plus souvent avec elle.

Depuis longtemps, les chirurgiens et les accoucheurs ont tenté de soustraire les parturientes à l'influence nuisible des crises, en abrégeant la durée de la gestation ou en activant le travail.

Ambroise Paré (1509-1590) préconise l'ouverture de l'œuf, afin de sauver la mère et l'enfant.

Jacques Guillemeau, Louise Bourgeois (1619) parlent des cas où « il est nécessaire de promptement accoucher une femme, à quelque terme que ce soit, pour conserver sa vie ».

Devanter, Levret, Mauriceau (1670) préconisent la rupture artificielle des membranes chez les femmes atteintes de convulsions.

En 1745, Rigaudeau, de Douai, est appelé pour accoucher une jeune femme. « Elle ne donnait plus signe de vie et avait eu de nombreuses convulsions. Trouvant au toucher une dilatation presque complète, l'idée lui vient de faire l'accouchement. Il extrait un enfant de belle apparence mais inanimé.

» On le frictionne vigoureusement avec de l'eau-de-vie, on l'entoure de linges : on ne disposait alors que de ces moyens

peu efficaces. Voyant tous ses soins inutiles, Rigaudeau s'en va prendre un peu de repos.

» Quel n'est pas son étonnement quand on vient lui dire que l'enfant a fait quelques mouvements des lèvres.

» Il accourt et peut le ranimer. Quelques heures après, on vient le prévenir que la femme qu'il avait cru morte était ressuscitée. » (Tarnier, cité par de Félice.)

En 1768, Plenk, de Vienne, déclare que chez les éclamptiques, on doit extraire hâtivement le fœtus toutes les fois que la version est possible ; Hamilton (1775) approuve cette conduite : il serait même d'avis de provoquer le travail.

Galli, de Bologne (1771), Leroux, de Lyon (1776), combattent tous les procédés d'intervention obstétricale.

Jacobs, Duvigneau demeurent partisans de l'accouchement provoqué et accéléré, suivant la méthode indiquée par Puzos (1759). Cet auteur recommande la dilatation pluri-digitale. « Les efforts et les douleurs provoqués et aidés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice réussissent dans l'ordinaire pour l'écarter. »

Costa (1827) déclare : « Toutes les fois que la grossesse est compliquée d'une maladie qui menace la vie de la mère, en supposant que le fœtus soit viable, il y a lieu de provoquer l'accouchement. »

Pour plus de rapidité dans l'intervention, Lebreton (1828) propose le débridement du col. Lovati (1830) relate qu'ayant été appelé à donner ses soins à une jeune femme parvenue au terme de sa grossesse et atteinte de convulsions graves, il a ponctionné l'œuf. La mère guérit, l'enfant a vécu.

Cazeaux (1840) se déclare partisan des incisions du col, multiples mais peu profondes ; il use aussi de la dilatation unimanuelle.

Steinbrenner, de Wasselonne, se sert de cones d'éponge préparée pour provoquer l'accouchement.

Jacquemier (1846), Leniez (1856), Mattei (1859), sont partisans de l'accouchement rapide.

Depaul (1861) préconise la méthode des incisions cervicales : il procède à l'accouchement forcé.

Fehling, Braillou, Triaire (1876) relatent plusieurs cas d'éclampsie : l'intervention obstétricale leur donna des résultats satisfaisants.

D'autres relations de cas analogues sont fournies par Lucas-Championnière (Th. Tucoulat), Quantin (1878).

Hubert, de Louvain (1878), Auvard (1887), Krôner, Dauby, Charles, relatent l'heureuse influence de l'intervention obstétricale dans plusieurs cas d'éclampsie grave.

Charpentier (1890) déclare : « Il faut être très réservé sur cette pratique, et, en ce qui a trait à l'éclampsie en particulier, nous rejetons cette manière de voir. »

Varnier (1892) est d'avis que « l'éclamptique doit être traitée comme le tétanique, chez qui la moindre excitation peut provoquer un paroxysme ».

Ce même auteur admet néanmoins que l'on peut accélérer le travail à l'aide de ballons ou par la méthode manuelle dans les cas graves.

A la même époque, Duhrssen propose l'accouchement forcé avec incisions du col multiples ; cette pratique est légitimée par son innocuité et sa rapidité.

Olshausen, Herff, Veit combattent la méthode de Dührssen, en séance de la Société médicale de Berlin (1892). Robert, Maygrier 1896), Schwaab (thèse Mortagne, 1897), Danger (Alger, 1897), citent encore des cas d'intervention dans l'éclampsie puerpérale.

Michel (thèse, 1897) déclare que le traitement de l'éclampsie par l'accouchement provoqué, n'est pas rationnel. Ce traitement, inutile dans les cas bénins, est parfois nuisible, sinon à la mère, du moins à l'enfant.

Au Congrès de Genève 1897, la plupart des accoucheurs rejettent l'accouchement forcé ou simplement systématiquement accéléré dans l'éclampsie puerpérale.

Charpentier, Fochier, Queyrel, Chaleix-Vivie, Audebert sont exclusifs : ils n'admettent que le traitement médical.

Halbertsma, Mangiagali, Charles, Bossi, Morisani, Pamard, d'Avignon, restent partisans de l'accouchement rapide.

En 1899, Ferri, de Milan, communique au Congrès de gynécologie, à Paris, 82 observations d'éclampsie. Il a toujours pratiqué l'accouchement artificiel. Il n'a eu qu'une mortalité de 7 %.

Fieux, Dubrisay (1899) interviennent couramment.

Schmitt (thèse 1900) réunit 84 observations d'éclampsie.

Lorsque le travail fut provoqué, la mortalité maternelle fut de 15,78 %.

Lorsque le travail fut simplement accéléré, la mortalité s'éleva à 26,08 %.

Wyder, de Zurich (1901), estime que, lorsque l'éclampsie se déclare, il faut provoquer l'accouchement par les moyens les plus rapides, mais aussi les moins violents. Il préconise la dilatation manuelle et l'emploi des ballons hydrostatiques.

Glockner (*Arch de gynécologie*, Berlin, 1901) publie une intéressante statistique : sur 108 cas d'accouchement rapide pour éclampsie, la mortalité maternelle ne s'est élevée qu'à 15,49 % ; la mortalité fœtale est de 44,5 % (cité par de Félice).

Schauta (Congrès de Rome, 1902) déclare qu'il a *interrompu* 16 fois la grossesse chez des éclamptiques. La mortalité maternelle a été de 12 % ; la mortalité fœtale de 58 %.

De Félice et Maury (1902 et 1903) relatent plusieurs cas d'intervention obstétricale pour éclampsie grave (Lariboisière). La mortalité (observations réunies) est de 16,6 % pour les mères et de 58,33 % pour les enfants.

Reinburg (thèse 1905) rejette l'intervention : il produit à l'appui de ces conclusions une statistique concernant les cas d'éclampsie recueillis à la clinique Baudeloque, de 1890 à 1905 (Service de M. le professeur Pinard).

D'après cet auteur, le traitement médical aurait donné :

Mortalité maternelle, 18 %.
Mortalité fœtale, 38 %.

Le traitement obstétrical :

Mortalité maternelle, 26 %.
Mortalité fœtale, 26 %.

Actuellement, partisans et adversaires de l'intervention invoquent en faveur de leurs idées des résultats statistiques qui sont parfaitement opposables, surtout depuis quelques années.

Les accoucheurs étrangers surtout, les allemands en particulier, obtiennent des résultats très favorables à l'accouchement artificiel.

La majorité des accoucheurs français repoussent ces procédés, en se basant sur la faible mortalité des éclamptiques traitées médicalement.

Les raisons développées par les adversaires de l'intervention n'ont guère varié depuis que Charpentier les a exposées.

Les voici résumées :

1° Le travail précède l'éclampsie ou se déclare au début des accès. Lorsque l'éclampsie se déclare avec le travail, celui-ci marche avec une rapidité très grande. (Charpentier.)

2° Dans certains cas, la grossesse continue malgré l'éclampsie et se rapproche plus ou moins du terme, l'atteint même quelquefois. (Docteur Michel.)

3° L'intervention augmente le nombre des accès.

4° Elle aggrave l'état maternel : même chez une femme

bien portante, l'intervention assombrit le pronostic de l'accouchement ; à plus forte raison chez les éclamptiques qui sont exposées aux complications puerpérales (Charpentier).

Nous allons rechercher la valeur de ces arguments.

1° Le travail étant très rapide, l'intervention est inutile.

Or, Schmitt (1900) a recherché quelle est la durée du travail chez les éclamptiques : il a trouvé qu'il se prolonge quinze heures en moyenne.

Ce résultat ne concorde pas avec la formule de M. Charpentier.

2° La grossesse peut continuer malgré l'éclampsie. L'intervention serait donc nuisible à l'enfant.

Or, lorsque les partisans de l'accouchement rapide montrent qu'avec leur méthode la proportion des enfants mort-nés diminue considérablement, leurs adversaires objectent : ces enfants ne sont pas viables ; bien peu sont en état de bénéficier de l'intervention.

Mais alors, ceux qui bénéficieraient du séjour prolongé dans la cavité utérine doivent être encore moins nombreux : ils sont plus longtemps soumis à l'influence de l'intoxication maternelle.

3° L'intervention provoque une excitation nerveuse manifeste : elle augmente le nombre des accès.

Les partisans du traitement médical déclarent que l'usage du chloral et du chloroforme suffit à annihiler le pouvoir du poison éclamptique.

L'excitation réflexe causée par l'intervention, venant se joindre à l'action directe de la toxine sur les centres nerveux, contrarierait l'action des hypnotiques et des anesthésiques. Mais le travail spontané doit également provoquer des réflexes fâcheux, moins intenses peut-être que lors d'une intervention rapide, mais plus longtemps répétés.

Les convulsions cesseraient :

D'après Dührssen, dans 93 % des cas ;

D'après Glockner, dans 34 % des cas.

Elles diminueraient :

D'après Glockner, dans 57 % des cas.

Diminueraient ou cesseraient (Schmitt, de Félice, Maury, observations réunies), dans 84 % des cas.

4° L'intervention, même chez une femme bien portante, aggrave le pronostic. A plus forte raison chez les éclamptiques qui sont déjà prédisposées aux complications puerpérales.

Or, les accoucheurs interviennent couramment chez les brightiques, les cardiaques, pour interrompre la grossesse. Jamais on ne mit sur le compte de l'intervention l'augmentation de la dyspnée, de l'albuminurie, de la fréquence des syncopes.

La persistance de ces symptômes fut toujours attribuée à l'heure tardive de l'intervention.

De plus, aujourd'hui, l'asepsie n'est plus un vain mot. A la moindre crainte d'infection puerpérale, l'accoucheur peut user largement, sans crainte de léser le foie ni le rein, d'antiseptiques puissants (eau oxygénée dont on neutralise l'acidité par le borate de soude ; permanganate de potasse, naphtolate de soude, composés formolés, dont on peut obtenir la composition dans les laboratoires hospitaliers, tout aussi bien que dans l'industrie particulière.)

On ne s'occupe guère d'hygiène de la grossesse dans les classes ouvrières. La surveillance médicale y est inconnue. L'éclampsie s'observe surtout dans ces milieux : lorsqu'elle se déclare, c'est le plus souvent de façon éclatante. Quelle sera la conduite du praticien appelé pour un cas d'éclampsie ?

L'administration du chloral à haute dose, de purgatifs drastiques s'il y a lieu, l'institution du régime lacté absolu

et mieux encore de la diète hydrique ; la balnéation, l'isolement : tels sont les moyens les plus efficaces de lutter contre le mal.

L'usage du chloroforme pourra donner des résultats immédiatement favorables ; mais on ne pourrait pas continuer longtemps sans inconvénients l'emploi de cet anesthésique.

La médication anti-toxique active de l'éclampsie (saignée-sérum) n'est pas applicable à tous les cas. Ses deux éléments doivent être parfois dissociés (œdème pulmonaire, hypertension artérielle marquée, lésions rénales avancées).

Si défectueux que soit le traitement médical de l'éclampsie déclarée, il pourra néanmoins, dans bien des cas d'intensité moyenne, permettre la continuation de la grossesse ; la mère guérira, l'enfant pourra naître à terme.

Mais il est des situations graves que le traitement médical ne saurait améliorer à temps ; le praticien a le droit de présumer l'issue fatale et à brève échéance de la maladie. Il semble que, dans ces cas, l'intervention obstétricale est pleinement justifiée avant l'agonie des malades. Elle ne devra pas être tentée seulement *in extremis*.

S'il y a un début de travail coïncidant avec l'éclampsie, personne ne songerait à l'entraver, que l'enfant soit viable ou non.

Or, le travail, quoique s'effectuant normalement, peut durer plusieurs heures. Il y aura avantage à terminer promptement l'accouchement dans l'intérêt de la mère.

Après dilatation artificielle et complète du col, une application de forceps au détroit supérieur, la version podalique, suivant les cas, amèneront la déplétion rapide de l'utérus, tout en ménageant la vie du fœtus.

Mais l'éclampsie peut ne pas coïncider avec un début de travail. L'intensité des phénomènes asphyxiques augmente incessamment, le pouls est vibrant, rapide, le coma est abso-

lu, les crises deviennent sub-intrantes ; faut-il attendre que le travail se déclare, tenter encore du traitement médical qui a déjà échoué ?

« Nous croyons qu'il y a mieux à faire et que l'intervention obstétricale peut rendre en pareil cas d'immenses services ; qu'elle peut produire, comme on l'a dit — le mot n'est pas exagéré — de véritables résurrections. Mais, nous dit-on, l'intervention est aléatoire et dangereuse : aléatoire parce que vous n'êtes pas certain du résultat ; dangereuse, parce qu'elle est traumatisante et que ces malades doivent être manipulées le moins possible, qu'il faut, au contraire, calmer leur système nerveux et lui épargner toute excitation. Sans doute, nous ne sommes pas sûrs de sauver les malades par l'intervention, mais, quand elles sont dans un tel état, nous sommes bien sûrs de les laisser mourir par l'expectation. » (Docteur Goinard, chirurgien des hôpitaux d'Alger, 1904. — Communication à la Société d'obstétrique de Paris.)

En pareil cas, les indications dépendent de l'état du fœtus au moment de l'éclampsie ; en second lieu, de l'âge de la grossesse.

Si le fœtus est mort, les crises peuvent diminuer d'intensité. Si elles persistent, l'accouchement artificiel rapide sauvera la vie à la mère.

Si le fœtus est vivant, la grossesse date d'au moins 7 à 8 mois ou de moins de 7-8 mois.

1° Le fœtus est viable ; l'intervention est formellement indiquée : elle pourra sauver la vie à la mère et à l'enfant ; les résultats obtenus dans plus d'un cas semblable établissent de façon éclatante la légitimité de l'accouchement artificiel.

2° Le fœtus est vivant, mais non viable.

En pareille circonstance, l'accoucheur ne devra pas s'inspirer de principes immuables. Il devra se rappeler que pareils cas de conscience se renouvellent : par exemple, lorsqu'il

s'agit de provoquer, dans un but thérapeutique, l'avortement chez une brightique menacée d'urémie, chez une femme dont la vie est menacée par les hémorragies provenant d'une insertion vicieuse du placenta ; ou encore, dans un autre ordre d'idées, lorsque le praticien se voit dans la nécessité d'administrer des doses massives de quinine à une femme enceinte de quelques mois à peine et atteinte d'accès pernicieux palustres.

D'ailleurs, si le fœtus n'est pas suffisamment développé, il y a bien peu de chances qu'il puisse résister *in utero* à la virulence du poison éclamptique.

Faut-il donc, dans le but — bien incertain — de voir survivre l'enfant, éloigner de la mère l'unique chance de guérison peut-être ; abandonner pour elle la possibilité de grossesses futures — normales grâce au traitement prophylactique ?

Toutes raisons qui pousseront l'accoucheur à prendre une décision.

Jusqu'ici, nous avons surtout envisagé la possibilité d'une intervention obstétricale dans l'intérêt de la mère.

Doit-on intervenir au même titre, si la vie du fœtus seul se trouve menacé, du fait de son séjour prolongé dans l'utérus ?

1° S'il y a un début de travail, il semble que la question ne soit pas douteuse. Et alors même qu'il ne s'agirait que d'un cas d'éclampsie de moyenne intensité, si le fœtus souffre, l'accouchement rapide pourra le sauver, sans nuire à la parturiente.

2° Il n'y a pas de travail : la question ne se pose naturellement que si la grossesse date d'au moins 7 à 8 mois.

Tout dépend alors de l'état de la mère : si le traitement médical a déjà provoqué une amélioration sensible, la question est délicate. Le fœtus, déjà souffrant, est bien probablement gravement intoxiqué ; il n'a que 50 chances sur 100

de survivre à l'accouchement. La mère a toutes chances de guérir.

Dans cette occurrence l'abstention nous semble indiquée.

Si, au contraire, l'état de la parturiente empire malgré l'institution du traitement médical, l'intervention sera doublement indiquée : dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

L'intervention obstétricale de choix, est l'accouchement artificiel rapide : nous verrons plus loin quel en est le manuel opératoire.

L'insuffisance des dimensions utiles du bassin osseux (bassins généralement rétrécis, bassins de naines, bassins justo-minor), la rigidité pathologique du col de l'utérus (syphilis, cancer, fibrome) sont-elles des contre-indications absolues de l'intervention ?

Ne pourrait-on dire que ces causes de dystocie changent seulement les conditions de l'intervention et en modifient la technique ? Il ne nous appartient pas ici de nous prononcer davantage sur ce point spécial.

L'accouchement rapide est très en honneur à l'étranger, surtout en Allemagne.

En France, le nombre des observations d'intervention pour éclampsie puerpérale se multiplie.

« Cependant, M. le professeur Pinard se déclare ennemi de toutes les manœuvres obstétricales : procédés sanglants des Allemands, dilatation manuelle, bi-manuelle, ou artificielle à l'aide de ballons ou d'écarteurs, applications de forceps, etc.

» Tant que la dilatation n'est pas complète, s'en tenir au traitement médical...

» Lorsque la dilatation est complète, on peut alors, si l'expulsion se fait attendre, hâter l'accouchement par une application de forceps ou une version. » (Reinburg, thèse, 1905.)

Le docteur Bonnaire intervient couramment pour provoquer ou accélérer le travail en cas d'éclampsie grave.

« Sauf les cas où l'éclampsie frappe la femme enceinte, longtemps avant le terme de la grossesse, il est indiqué, tant dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère, de chercher à obtenir, sans déterminer des lésions, l'évacuation aussi rapide que possible de l'utérus. » (Bonnaire, *Presse médicale*, 1898.) Les thèses de de Félice et Maury sont faites sous son inspiration.

Plus récemment, M. le professeur Vallois, de Montpellier, s'exprime ainsi : « S'il n'y a pas de travail ou si le travail est peu avancé, l'accoucheur interviendra obstétricalement quand l'état de la malade est grave et que cette gravité persiste, quand les accidents continuent et, à plus forte raison, augmentent d'intensité, malgré le traitement médical ou malgré la mort de l'enfant, qui exerce bien souvent, ainsi que nous l'avons observé, une heureuse influence sur la marche de l'éclampsie.

» Comme nous l'indiquions il y a un instant, l'accoucheur sera d'autant plus porté à intervenir que son intervention sera plus facile, et, par suite, risquera moins de déterminer des crises. Du reste, autant que possible, on s'adressera à des procédés rapides et on aura recours au chloroforme. » (M Vallois, *Montpellier médical*, 1902, et *Travaux d'obstétrique*, 1905.)

M. le professeur Fieux (in *Revue d'obstétrique et Paediatrie de Bordeaux*, 1899) déclare que, dans l'intérêt de l'enfant et de la mère, il faut compter les minutes. « Le terme d'accouchement provoqué ne rend pas bien la pensée : c'est accouchement accéléré, et accéléré dans toute la rigueur du mot, pourrait-on dire. »

S'inspirant des données autorisées de ces maîtres, nombreux

sont les accoucheurs qui pratiquent l'accouchement artificiel accéléré, pendant l'éclampsie.

Les observations d'accouchement provoqué ne sont pas nombreuses en France.

Les thèses de Schmitt, de Félice, Maury en mentionnent plusieurs. Nous croyons de quelque intérêt de les rappeler ici, brièvement résumées.

(Nous nous sommes permis d'éliminer systématiquement les observations qui ne donnaient pas de renseignements suffisants sur l'état des malades avant l'intervention.)

Dr Braillou, in *Archives Tocologie*, 1876.
15 novembre 1875.

P... G..., 20 ans, primipare, grossesse de 8 mois.
Premier accès douze heures avant l'accouchement.
Huit crises d'éclampsie avant l'intervention.
Pas de travail.
Fœtus vivant.
Dilatation manuelle. Forceps. L'intervention dure 7 heures et demie. Pendant ce temps, vingt accès.
Cinq autres accès après la délivrance.
Enfant vivant. Guérison.

Dr Pros, in *Archives Tocologie*, 1878.
10 décembre 1878.

X..., 37 ans, tertipare, grossesse de 8 mois.
Première crise, sept heures avant l'accouchement.
Quatre crises d'éclampsie avant l'intervention.

---

* N.-B. — Les observations 1 à 29 ont été recueillies par le Dr Schmitt.

Col non effacé. Enfant en souffrance.

Provocation du travail par la rupture artificielle des membranes-forceps une heure après.

Coma pendant l'intervention.

Le coma persiste après la délivrance.

Guérison. Enfant mort.

Dr Lucas-Championnière, in *Thèse Tucoulat*, Paris 1879.
24 janvier 1876.

X..., 28 ans, secundipare. Grossesse de 8 mois.

Premier accès 30 heures avant l'accouchement.

Trois accès avant l'intervention.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Dilatation digitale. Accouchement au bout de 24 heures.

Plus d'accès.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Triaire, *Archives de Tocologie*, 1880.
2 novembre 1879.

D.., 28 ans, primipare, enceinte de 8 mois.

Premier accès 16 heures avant l'accouchement.

Vingt accès avant le travail.

Pas de travail. Fœtus souffrant.

Mise en place d'une éponge préparée. Rupture artificielle des membranes. Au bout de 11 heures, l'accouchement est terminé par une application de forceps.

Sept crises pendant le travail. Huit après la délivrance.

Guérison. Enfant mort.

Dr Triaire, *Archives de Tocologie*, 1880.
11 mai 1879.

L.... 25 ans, primipare, grossesse de 9 mois.
Première crise 20 heures avant l'accouchement.
Sept crises avant le travail.
Col long, non effacé. Fœtus vivant.
Provocation du travail par douches cervicales et rupture des membranes, forceps au bout de 20 heures.
13 accès pendant l'intervention.
8 accès après la délivrance.
Guérison. Enfant vivant.

Picard, in *Thèse*, Paris 1882.

M..., 22 ans, primipare, grossesse de neuf mois.
Quelques (?) accès avant l'accouchement.
Pas de travail.
Fœtus mort.
Provocation du travail par douches, éponges et sonde.
Au bout de 10 heures, la parturiente accouche d'un fœtus macéré.
Pas d'accès après la délivrance.
Guérison. Fœtus macéré.

Picard, in *Thèse*, Paris 1882.
29 novembre 1875.

Hermine M..., 23 ans, primipare.
Céphalée, dyspnée, urines albumineuses.
Ponction des membranes, de crainte d'éclampsie.

Cinq crises pendant l'intervention. Les accès deviennent sub-intrants. La malade meurt sans avoir accouché.

Mort. Enfant mort.

Dr Rouxeau (*Loco citato*).

1882

M... D..., 18 ans, primipare, grossesse de 8 mois.

Nombreux accès avant l'accouchement.

Pas de travail. Enfant ?

Rupture artificielle de la poche des eaux, forceps rapide.

Pas d'accès pendant l'intervention ni après la délivrance.

Guérison. Enfant mort.

Dr Rouxeau (*Loco citato*).

S... M..., 27 ans, primipare, 8 mois et demi.

Première crise quelques heures avant l'accouchement. Nombreux accès avant l'intervention.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Rupture de la poche des eaux et forceps.

Crises nombreuses pendant l'intervention.

Plus de crises après la délivrance.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Rouxeau (*Loco citato*).

L... L..., 25 ans, primipare, grossesse de 8 mois et demi.

Crises nombreuses avant l'accouchement.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Rupture artificielle de la poche des eaux. Forceps rapide.

Pas de crises pendant ni après l'intervention.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Rouxeau, in *Gazette Médicale*, Nantes.

X... primipare, grossesse de 7 mois.
Pas de travail. Fœtus vivant.
Incisions cervicales et forceps rapide.
Nombreuses crises pendant l'intervention.
Pas de crises après la délivrance.
Guérison. Enfant vivant.

Dr Turgart, in *Journal des Sages-Femmes*, 1884.
10 juillet 1884.

X..., 33 ans, primipare, grossesse de 8 mois.
Bassin oblique ovalaire gauche.
Pas de travail. Fœtus vivant.
Provocation du travail par douches cervicales.
Forceps. Deux accès pendant l'intervention.
Plusieurs accès après la délivrance.
Mort (Autopsie : lésions de néphrite parenchymateuse anciennes). Enfant vivant.

Dr Leral. *Gaz. méd.*, Nantes.
22 août 1884.

D..., 28 ans, primipare, grossesse de 8 mois.
Première crise quelques heures avant l'accouchement.
Crises nombreuses.
Pas de travail. Fœtus vivant.
Rupture artificielle de la poche des eaux. Incisions cervicales, forceps.
Sept accès pendant l'intervention. Quatre après la délivrance.
Guérison. Enfant vivant.

Dr Lugeol, in *Archives Tocologie*. 1886.
10 octobre 1885.

X..., primipare, grossesse de 8 mois.

Dix-neuf accès en 11 heures.

Pas de travail.

Fœtus vivant. Mise en place d'un cône d'éponge. Onze heures après, le travail ne s'est pas déclaré encore. La femme meurt.

Mort. Enfant mort.

Dr Lugeol, in *Archives Tocologie*, 1886.
10 janvier 1886.

X..., primipare, enceinte de 8 mois.

Première crise 20 heures avant l'accouchement.

Treize crises avant l'intervention.

Col non effacé. Fœtus vivant.

Application du dilatateur de Tarnier ; l'accouchement est terminé au bout de douze heures, pendant lesquelles se sont produits huit accès.

Plus de crises après la délivrance.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Varnier, *Rev. Obst. et Paed.*, 1888.
1er novembre 1888.

T... Marie, 21 ans, primipare, grossesse de 8 mois.

Premier accès onze jours avant l'accouchement.

Douze accès en dix jours.

Enfant vivant. Pas de travail.

Application du ballon de Tarnier ; le travail dure deux jours. Forceps au détroit supérieur.

Une crise pendant le travail.

Guérison. Enfant mort.

Dr Lefloch, in *Thèse*, Bordeaux.
18 décembre 1894.

Aimée F..., primipare, grossesse de 9 mois.

Premier accès 14 heures avant l'accouchement.

Un accès avant l'intervention.

Col non effacé. Fœtus vivant.

Ballon de Champetier. Forceps. L'intervention dure 10 heures, pendant lesquelles sept accès.

Plusieurs accès encore après la délivrance.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Lefloch, in *Thèse*, Bordeaux.
30 décembre 1893.

Gabrielle G..., primipare, grossesse de 8 mois et demi.

Première crise 16 heures avant l'accouchement.

Trente crises avant le travail.

Pas de travail. Fœtus mort.

Mise en place du ballon de Tarnier, puis, du ballon de Champetier de Ribes. Forceps.

Pas de crise pendant l'intervention.

Vingt crises après la délivrance.

Guérison. Fœtus mort.

Dr Lefloch *Loco citato*.
16 juillet 1895.

Louise L...., 24 ans, primipare, grossesse de 9 mois.
Premier accès trois jours avant l'accouchement.
Onze accès avant le travail.
Pas de travail. Fœtus vivant.
Ballon de Champetier de Ribes : le travail dure 9 heures.
L'acçouchement se produit au bout de 16 heures.
Neuf accès pendant le travail.
Cessation des crises après la délivrance.
Guérison. Enfant vivant.

Dr Robert, in *Bulletin Académie de Médecine*, 2 juin 1896.
Mai 1896.

X..., 36 ans, primipare, grossesse de 7 mois et demi.
Cinq accès avant l'accouchement.
Pas de travail. Fœtus mort.
Dilatation manuelle. Incisions cervicales de 5 millimètres. Version. L'intervention a duré deux heures et demie.
Pas de crises pendant le travail.
Guérison. Fœtus mort.

Dr Fieux, in *Revue Obst. et Paed.*
7 janvier. 1897.

Marie L..., 22 ans, primipare, grossesse de 8 mois.
Premier accès éclamptique huit heures avant l'accouchement.
Cinq accès et coma avant l'intervention.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Mise en place du ballon de Moussous, puis du grand modèle de Champetier. Forceps dans l'excavation. Pas d'accès pendant l'intervention qui a duré 5 heures et demie.

Le coma cesse quelques heures après la délivrance.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Fieux, in *Archives d'Obstétrique et Paediatrie.*
7 janvier 1899.

Catherine C..., 34 ans, septipare, grossesse de 8 mois.

Premier accès de sept heures avant l'accouchement.

Quatre accès avant le travail.

Col long. Fœtus vivant.

Mise en place d'un ballon de Champetier de Ribes (moyen modèle) ; au bout de six heures et demie, version.

Pas d'accès pendant ni après l'intervention.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Fieux, in *Revue Obst. et Paed.*, 1899.
2 janvier 1897.

Jeanne L..., quintipare, grossesse de 8 mois.

Premier accès 20 heures avant l'accouchement.

Deux accès avant le travail.

Col long. Fœtus vivant.

Mise en place du ballon de Moussous, puis du grand ballon de Champetier de Ribes. L'accouchement est terminé au bout de deux heures et demie.

Pas d'accès pendant ni après l'intervention.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Schwaab, in *Thèse Mortagne*.
6 juin 1897.

X..., 39 ans, primipare, grossesse de 7 mois.

Premier accès, 24 heures avant l'accouchement. Coma. Etat désespéré.

Pas de travail. Fœtus mort.

Dilatation digitale et manuelle. Forceps. L'intervention a duré trois quarts d'heure. Le coma persiste.

Mort. Fœtus mort.

Dr Demelin, in *Obstétrique*, 1898.

X..., tertipare, grossesse de 6 mois et demi.

Premier accès 24 heures avant l'accouchement.

Accès très nombreux avant l'intervention.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Dilatation digitale. Manœuvre de B. Hicks.

L'intervention dure une heure et demie : nombreux accès pendant ce temps.

Cessation des crises après la délivrance.

Guérison. Enfant mort.

Schmitt, in *Thèse*, 1900.
8 septembre 1898.

B..., 30 ans, quintipare, grossesse de 7 mois.

Première crise douze heures avant l'accouchement.

Deux accès avant l'accouchement.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Mise en place du ballon de Champetier de Ribes. Forceps ; l'intervention a duré 8 heures.

Pas d'accès pendant ni après l'intervention.

Guérison. Enfant vivant.

Schmitt, in *Thèse*, 1900.

2 novembre 1899. — Eclampsie — Œdème pulmonaire.

D..., 39 ans, quindecimipare, grossesse de 7 mois et demi.

Première crise 36 heures avant l'accouchement.

Trois crises avant l'intervention.

Pas de travail. Fœtus mort.

Mise en place du ballon de Champetier de Ribes (moyen), puis dilatation manuelle. Version.

Pas d'accès pendant ni après l'intervention.

Mort. Fœtus mort.

Dr Dubrisay, in *Bulletin Société d'Obstétrique*.

20 janvier 1900.

X.... 23 ans, primipare, grossesse de 9 mois.

Premier accès 12 heures avant l'accouchement.

Accès subintrants avant l'intervention.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Dilatation manuelle. Essai d'application de forceps, Version en 70 minutes.

Pas d'accès pendant l'intervention ni après la délivrance.

Guérison. Enfant vivant.

Dr Malherbe, in *Thèse Schmitt*, 1900.

C.... tercigeste, grossesse de six mois. Eclamptique.

Premier accès 4 heures avant l'accouchement. Accès très nombreux et coma.

Fœtus mort avant accouchement. Col long. Dilatation manuelle. Extraction immédiate du fœtus.

La malade reste dans le coma et meurt.

Mort. Fœtus mort avant intervention.

Dr Felice.

11 janvier 1902.

B..., 39 ans, multipare.

Première crise deux heures avant l'intervention.

Deux crises en deux heures.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Dilatation manuelle par M. le professeur Bonnaire. Forceps au détroit supérieur.

Pas de crises pendant l'intervention ni après la délivrance.

Enfant vivant. Mère guérie.

Maury et Felice, in *Thèse*, Paris 1902.

17 janvier 1904.

X..., quartipare, grossesse de 7 mois et demi. Eclampsie grave ; pas d'albumine.

Premier accès 3 jours avant l'accouchement.

Nombreux accès avant l'intervention, coma.

Pas de travail. Fœtus vivant.

Essai de dilatation manuelle du col infructueux.

Quatre heures après, seconde tentative plus heureuse de dilatation du col ; mais celui-ci reste résistant.

L'enfant ayant succombé dans ces entrefaites, cranioclasie et susacromiotomie sur l'épaule antérieure.

Le coma persiste après la délivrance.

La malade meurt le lendemain.

Mort. Enfant mort.

In *Thèse Maury.*
2 septembre 1901.

G..., quartipare, grossesse de 9 mois.
Une crise d'éclampsie avant l'intervention.
Pas de travail.
Dilatation manuelle du col. Forceps.
Pas de crises pendant l'intervention ; une après la délivrance.
Guérison. Enfant mort.

In *Thèse Maury.* 1903.
24 mai 1900.

M..., 17 ans, primipare, grossesse de 6 mois et demi.
Premier accès deux heures avant l'intervention.
Crises sub-intrantes. Coma.
Pas de travail. Fœtus souffrant.
Dilatation manuelle. Forceps.
Une crise pendant l'intervention.
Pas de crises après la délivrance. Le coma cesse.
Guérison. Enfant mort.

Nous n'établirons pas de statistiques d'après les observations que nous rappelons ou présentons.

On pourrait faire, à ces statistiques, le reproche d'englober des cas recueillis en nombre trop peu nombreux en différentes Maternités.

Nous constaterons seulement qu'il est impossible de contester les résultats de faits établis.

Nous constaterons, en outre, que les cas relativement rares

où l'on doit intervenir pour provoquer l'accouchement rapide, seront toujours isolés dans une même Maternité. L'institution précoce du traitement prophylactique fait diminuer dans des proportions considérables, — et de jour en jour — le nombre des malades atteintes d'éclampsie grave, et dont l'état nécessite l'intervention obstétricale.

CHAPITRE VI

L'INTERVENTION OBSTÉTRICALE. — MANUEL OPÉRATOIRE.

Le traitement obstétrical de l'éclampsie permet d'effectuer artificiellement la déplétion utérine.

Pour être efficace, l'intervention doit être rapide, aseptique, inoffensive pour la mère et le fœtus.

Les accoucheurs pratiquent rarement l'opération césarienne : ils préfèrent procéder à l'accouchement artificiel par les voies naturelles.

Nous ne parlerons pas ici des procédés lents de provocation ou d'accélération du travail (douches cervicales, ballons excitateurs, sondes intra-utérines.)

L'ouverture artificielle de la poche des eaux est universellement rejetée comme inutile et dangereuse ; nous n'insistons pas davantage sur ce sujet.

L'accouchement rapide peut être pratiqué :

1° Sans dilatation préalable du col;

2° Après dilatation artificielle du col.

Le premier procédé est vivement préconisé par Dührssen. Cet accoucheur pratique sur le col deux profondes incisions latérales, allant jusqu'aux insertions vaginales.

Il obtient ainsi deux lambeaux cervicaux, dont l'écartement est suffisant pour permettre l'extraction du fœtus.

Si le col saigne, Dührssen fait quelques points de suture qui assurent l'hémostase. Si l'hémorragie persiste, un bon tamponnement suffit à l'arrêter. Une injection d'ergotine, pratiquée systématiquement après la délivrance, suffit pour prévenir l'inertie utérine.

Ce procédé aurait l'avantage d'être excessivement rapide et de n'exiger aucun outillage spécial.

Il semble cependant que le temps de l'intervention peut se trouver prolongé par une hémorragie.

« Si la portion supra-vaginale du col n'est pas absolument dilatée et souple, les incisions pratiquées sur le col peuvent s'agrandir au moment du passage de la tête fœtale, au point de gagner le segment inférieur de l'utérus et de produire ainsi de véritables déchirures internes. » (Charpentier.)

Mais alors les sutures cervicales ne peuvent rien contre l'hémorragie. Le tamponnement du col reste également inefficace et doit être souvent renouvelé. Les injections chaudes, l'ergotine, pourront, à la fin, assurer une hémostase suffisante ?

Mais les manipulations auront été longues, les chances d'infection augmentées.

Ce procédé présente donc de graves inconvénients. En Allemagne, Veit le combat : Olshausen lui préfère l'opération césarienne (Soc. de méd. berlinoise, 20 janvier 1892) : Zweifel en est partisan.

En France, aucun accoucheur n'emploie le procédé de Dührssen.

Les petites incisions multiples, préconisées naguère par Dubois, Depaul, Cazeaux : les incisions latérales de Viguier, ne sont guère plus employées. Elles sont tout aussi dangereuses : elles peuvent être le point de départ de déchirures profondes, d'autant plus graves qu'elles sont irrégulières.

2° La dilatation artificielle du col peut être obtenue par la méthode instrumentale ou par la méthode manuelle.

La méthode instrumentale utilise :

a) Les ballons ;

b) Les dilatateurs métalliques.

Le ballon de Champetier de Ribes est couramment employé par les accoucheurs français. Il est en tissu de soie imperméabilisée. Vide il peut être roulé en un fuseau aplati. Gonflé, il est conique : son extrémité effilée, est légèrement coudée ; elle se termine par un raccord rigide, auquel est fixé un tube de remplissage, muni d'un robinet.

Pour procéder à la dilatation artificielle du col à l'aide du ballon de Champetier, il faut un outillage spécial :

1° La série complète des ballons ;

2° La pince porte-ballon de Champetier ;

3° Une seringue à hydrocèle, de 150 centimètres cubes ;

4° Une certaine quantité d'eau stérilisée.

Avant d'intervenir, il est essentiel de s'assurer de l'étanchéité parfaite des ballons.

Le manuel opératoire comprend : 1° l'aseptisation des instruments, des mains de l'opérateur et la toilette de la malade ; 2° la mise en place et la manœuvre du ballon.

Il est nécessaire que le col soit légèrement ouvert. Si le col est intact, il faut appliquer un petit ballon de Tarnier. Ou bien encore : l'index droit pénètre dans toute la longueur du col, en effectuant un mouvement de vrille, en masse les parois, jusqu'à le rendre suffisamment dilatable.

Le médius est introduit à son tour : les deux doigts décollent doucement les membranes pour ménager une place au ballon. L'index gauche remplace l'index et le médius droit, accroche le col. A ce moment, l'accoucheur pousse profondément dans la cavité cervicale la pince porte-ballon armée, tenue de la main droite, concavité en avant. L'opérateur ne re-

tire la pince qu'après l'avoir desserrée et après avoir injecté un peu d'eau dans le ballon.

Pour obtenir une rapide dilatation du col, Varnier recommande de procéder ainsi :

Le ballon étant rempli au maximum, quelques tractions sur le tube de remplissage achèvent l'effacement du col.

A partir de ce moment, il faut :

1° *a*) retirer 50 centimètres cubes de liquide ;

b) faire descendre le ballon en tirant sur le tube :

c) le maintenir solidement en place, injecter 50 centimètres cubes d'eau.

2° *a*) retirer 100 centimètres cubes de liquide ;

b) faire descendre le ballon ;

c) le maintenant solidement, injecter 100 centimètres cubes de liquide. et ainsi de suite ; on enlève et refoule tour à tour dans le ballon :

150 centimètres cubes ;
200 centimètres cubes ;
250 centimètres cubes.

« Il faut toujours prendre bien soin que la grande circonférence du ballon, sensible au toucher à cause de la couture qui l'avoisine, ne franchisse pas l'orifice externe. avant que la dilatation ne soit complète. » (Varnier.)

Malheureusement, le ballon de Champetier n'est pas fait pour obtenir une dilatation rapide (4 à 5 heures en moyenne).

Ce modèle est inextensible. le liquide injecté incompressible. Le piston de la seringue transmet intégralement aux parois du col, par l'intermédiaire du ballon. la pression énergique que la main de l'opérateur lui imprime. Le ballon. étant maintenu en place, ne peut glisser en arrière.

Si l'opérateur va trop vite. l'enveloppe ou le col. parfois les

deux, éclatent sous la poussée de la pression excentrique qui s'établit à leur intérieur.

Le ballon de Champetier présente d'autres inconvénients : son tube de remplissage se détache fréquemment. De plus, son emploi peut être cause :

1° Du déplacement de la partie fœtale qui se présente ;

2° De la rupture prématurée des membranes ;

3° De la procidence du cordon, ou sa compression *in situ* : de la procidence des membres.

4° De la rétraction de l'anneau de Bandl.

Enfin, sa mise en place est à peu près impossible si la tête pèse sur le col.

Pour toutes ces raisons, il vaudra mieux s'adresser à un autre procédé de dilatation.

Le ballon de Boissard diffère un peu du modèle de Champetier. Sa grosse extrémité est concave. Cette forme spéciale parerait à l'inconvénient des déplacements fœtaux et des procidences. Il est assez rarement employé. Son action est également trop lente.

Le colpeurynter est un ballon en tissu élastique. Il se compose d'un corps allongé et d'un tube de remplissage. Dührssen l'emploie fréquemment : il le gonfle avec un liquide antiseptique. Pour éviter les présentations vicieuses, il conseille de rompre les membranes.

Rosenstein gonfle le colpeurynter avec de l'air : la dilatation serait moins brutale. Les résultats obtenus par l'usage de cet appareil seraient excellents. Néanmoins Dührssen ne trouve pas son action suffisamment rapide, puisqu'il emploie toujours concurremment les incisions du col.

Ballons inextensibles, ballons extensibles présentent donc de sérieux incovénients. Ils blessent souvent le col. Le fait cité par M. Bar est demeuré classique. Mortagne relate éga-

lement un accident, consécutif à l'emploi du modèle de Champetier.

Bonnaire (1892) écrit : « Le travail mécanique fourni par les ballons n'est pas toujours strictement équilibré avec le degré de résistance musculaire du col, et les effets produits, dont l'exagération se traduit par la déchirure du col, ne peuvent pas toujours être prévus à temps. »

Dührssen a également observé de vastes déchirures, consécutives à l'emploi du colpeurynter.

Si les ballons qui agissent régulièrement sur tout le pourtour du col utérin, dont ils épousent toutes les irrégularités, sont dangereux, que dire de l'emploi du dilatateur métallique ?

L'instrument de Tarnier se compose essentiellement de trois valves à section concave, larges de 2 centimètres, et terminées par des bras de levier coudés. Ces trois branches s'articulent ensemble (les accoucheurs n'en emploient ordinairement que deux). L'écartement des valves s'effectue sous l'action d'un lien élastique tendu agissant sur les bras de levier.

Cet appareil est dangereux.

Les ailettes recourbées en dehors qui terminent les valves et sont destinées à empêcher l'appareil de glisser dans le vagin, peuvent, en cas de faute opératoire, ne pas porter dans la cavité utérine, mais directement sur les parois du col, d'où danger de blessures graves.

Pour agir régulièrement, les trois valves doivent intercepter entre elles, des arcs égaux de la section du col.

Dans un col irrégulier, ces arcs sont inégaux. L'extensibilité de chacune de ces portions est en raison directe de leur longueur. La portion la plus courte sera donc la plus fortement tendue. Si l'opérateur trouvant l'action du lien élastique trop lente, agit trop fortement sur les bras de levier, le col

se déchirera au niveau de ce segment le plus court et le plus distendu.

Le même fait pourra se produire si les valves, mal appliquées, sur un col régulier, interceptent entre elles des segments inégaux.

En 1900, un accoucheur italien, Bossi, a imaginé un dilatateur métallique, dont l'emploi lui donne d'excellents résultats. Cet instrument se compose de quatre branches coudées en baïonnette et réunies en un faisceau pyramidal. L'écartement des branches du dilatateur s'obtient lentement mais puissamment, par le maniement d'un volant central.

Léopold (*Centralb. für Gynek*, 1902, n° 16) déclare que cet appareil est très utile. Il l'a essayé pour provoquer ou accélérer le travail, dans 12 cas d'éclampsie, chez 10 primipares et 2 multipares. Il n'a jamais constaté de déchirure appréciable. Les 12 malades ont guéri.

En même temps, Pollak rapporte qu'il a employé six fois le dilatateur de Bossi, pour provoquer le travail. Trois fois, il y eut déchirure du col. Une fois, Pollak dut mettre deux heures pour obtenir une dilatation de 9 centimètres.

Cet appareil est d'un emploi trop récent pour qu'il soit possible de juger absolument de sa perfection ou de son imperfection.

Si bien imaginé soit-il, il ne doit certainement pas permettre à l'opérateur de percevoir cette sensation spéciale de rupture fibrillaire, indice d'une déchirure imminente du col et si manifestement sensible pendant la dilatation manuelle.

Le col peut être dilaté avec une seule main et avec les deux mains.

Procédé unimanuel.

Rizzoli introduit l'index droit dans la lumière cervicale et l'y pousse le plus profondément possible. Il en masse la paroi jusqu'au moment où il peut introduire le médius. Avec ces deux

doigts, Rizzoli s'efforce d'obtenir un passage suffisant pour les cinq doigts de la main droite réunis en un faisceau conique. Leur écartement suffirait pour amener rapidement la dilatation complète du col.

Harris de Patterson procède autrement. Il introduit d'abord l'index dans le col, le plus profondément possible. Par flexion de ce doigt, il amène lentement le pouce à pénétrer à son tour dans le col ; il introduit successivement les autres doigts qu'il fléchit toujours vers la paume de la main au fur et à mesure de leur pénétration.

Ces deux procédés de dilatation unimanuelle manquent de puissance. Ils ne peuvent certainement qu'échouer là où la dilatation bi-manuelle, telle qu'elle fut imaginée par M. Bonnaire, ne réussit parfois que difficilement.

« Le procédé auquel nous avons recours pour dilater le col utérin, dit M. Bonnaire, repose sur l'usage exclusif des pulpes digitales. Il comporte l'emploi simultané des deux mains...

» Nous l'avons appliqué à diverses reprises, soit pendant la grossesse, chez des femmes menacées de mort imminente (urémie, accidents gravido-cardiaques), soit au cours du travail, dans des cas d'éclampsie ou de souffrance du fœtus...

» La femme est anesthésiée profondément et disposée en position obstétricale, les cuisses fléchies au maximum.

» Dans la grossesse, lorsque le col est fermé à ses deux orifices, condition exceptionnelle dans le cas de placenta prævia, on présente la pulpe de l'index à l'orifice externe et on imprime au doigt un mouvement de vrille. Ce premier obstacle franchi, on aborde l'orifice interne et on le fait céder de la même manière. Dès qu'elle a pénétré dans l'orifice interne, l'extrémité digitale en déprime en tous sens le pourtour par un véritable massage excentrique.

» Peu à peu, les mouvements de l'index deviennent plus aisés, et, en un temps variable, selon qu'il s'agit d'une primi-

pare ou d'une multipare, une place suffisante est faite pour l'introduction du second doigt. On glisse alors l'index gauche à côté du droit, en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute leur étendue. Si le col est court, et mieux encore, s'il est en voie de dilatation, la mise en place des deux index sur l'orifice interne est des plus faciles. S'il a, au contraire, conservé toute sa longueur, et si, en même temps il est haut situé, en raison du défaut d'engagement du fœtus, une petite manœuvre complémentaire est indispensable pour amener les deux pulpes jusqu'à l'orifice interne ; on fait abaisser le globe utérin par un aide ; on introduit les deux index dans le col aussi profondément que possible, on prend appui sur les parois cervicales en les distendant en travers, et en même temps, on les entraîne par en bas.

» L'une après l'autre, les pulpes digitales glissent par un mouvement de reptation, à la rencontre de l'orifice interne à mesure que celui-ci est attiré vers elles, et elles finissent à prendre sur lui une assise solide.

» Dès lors, ces deux doigts vont jouer le rôle d'une pince dont on écarterait les mors et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à l'autre. La force est exclusivement déployée par les muscles fléchisseurs des doigts ; les lèvres du col déprimées en des points diamétralement opposés prennent la forme d'une boutonnière. On déplace les doigts en différentes directions de façon à masser et à distendre les parois du col en tous sens. La pression digitale doit être lente, soutenue et sans à-coups, elle doit être progressive autant que le permet la vigueur de l'opérateur et surtout la résistance des tissus ; c'est bien plutôt par la continuité de l'effort que par son énergie qu'on arrive à faire céder le sphincter cervical. On doit le fatiguer et non pas le violenter. Au cas où la pulpe des doigts perçoit de pe-

tits craquements dans l'intimité des tissus, ce qui indique la rupture interstitielle de quelques fibres musculaires, il convient de modérer légèrement l'effort, et de changer ses points d'application. L'orifice s'élargissant, bientôt le médius peut prendre place à côté de l'index de la main droite ; les trois doigts adossés deux à un continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de la main gauche puisse pénétrer à son tour. Le col est distendu dès lors par quatre doigts appuyant deux à droite et deux à gauche. Le déploiement de forces devient plus considérable et en même temps moins fatigant. On continue ainsi jusqu'à ce que l'auriculaire de l'une puis de l'autre main puisse être introduit à côté des autres doigts.

» A partir de ce moment, les deux mains ont une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation.

» Toujours adossées par les articulations métacarpo-phalangiennes, elles écartent les lèvres du col en agissant successivement dans la direction des divers diamètres du bassin. Dès que les doigts peuvent les amener simultanément en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est aussi complète que possible. » (*Presse médicale*, 14 août 1897, cité par de Félice.)

Le procédé de M. Bonnaire réussit le plus souvent. Mais il est des cas où la fatigue oblige l'accoucheur à interrompre momentanément la dilatation. Cette fatigue provient, non pas tant des efforts effectués pour vaincre la résistance du col, que de la position pénible des bras de l'opérateur.

Dans plusieurs de nos observations, on s'est servi de la méthode bimanuelle, modifiée par le croisement des mains (main gauche sur main droite, l'index droit étant introduit le premier).

De cette façon, les mains, au lieu d'être adossées dans une attitude pénible de pronation forcée, sont adossées dans une attitude intérmédiaire à la pronation et à la supination. Cette

modification, simultanément imaginée par MM. Guérin-Valmale, de Montpellier, et Treub, d'Amsterdam, présente certains avantages.

L'opérateur se fatigue moins ; il peut facilement agir sur les portions antérieure et postérieure du col, ce qu'il est presque impossible de faire sans croiser les poignets. C'est un avantage dont il faut tenir compte si l'on songe que la dilatation artificielle s'effectue avec d'autant plus de sécurité que le corps dilatateur agit également sur toutes les parties du col.

Les procédés de dilatation bimanuelle ont l'avantage d'être rapides ; ils permettent de réaliser une asepsie très suffisante, enfin, ils n'exigent aucun dispositif spécial.

Il ne faudrait pas aller jusqu'à dire que cette méthode est toujours très rapidement efficace et n'expose jamais à des déchirures du col.

Néanmoins, tous les accoucheurs français l'emploient de préférence toutes les fois qu'il s'agit de provoquer ou d'accélérer le travail chez des éclamptiques.

Dans les treize observations que nous rapportons à la fin de ce travail, on est intervenu six fois pour provoquer l'accouchement, sept fois pour l'accélérer. La mortalité maternelle fut nulle. La mortalité fœtale est très élevée.

Dans les observations II, III, IV, VIII, XI, l'enfant vint au monde vivant.

Dans les observations I, V, VII et XIII, il était mort avant l'intervention.

Dans les observations VI, IX, X, XII, le fœtus a succombé pendant l'intervention.

OBSERVATIONS

Observation Première.

Accouchement accéléré.

Due à l'obligeance de M. le Dr Guérin-Valmale, Montpellier, 1902.

P..., 23 ans, primipare, grossesse de 6 mois et demi.

Depuis quelques jours, céphalée intense, troubles visuels, œdème.

L'analyse des urines revèle 6 gr. 70 d'albumine par litre. Régime lacté absolu.

Le lendemain, accès éclamptiques, à 5 heures du soir.

Enfant vivant. — O I G A — pas de travail.

Traitement. — Trois premiers accès en demi-heure, puis trois autres en quelques minutes : aussitôt, saignée de 350 grammes ; injection de 600 grammes de sérum artificiel ; chloral en ingestion, 2 grammes toutes les 3 heures dans du lait. La malade étant dans le coma, les lavements sont rejetés. Accès arrêtés.

Température, 38°2 ; pouls, 148.

A 3 heures du matin, début du travail ; peu après, à 3 h. 45 et 4 h. 20, nouveaux accès violents. Je me décide à accélérer le travail le plus possible par la dilatation artificielle du col. Sous anesthésie chloroformique complète, je procède à la dilatation manuelle par le procédé de Bonnaire modifié (au lieu d'adosser mes mains dans une attitude de pronation forcée, je croise

les poignets, le gauche sur le droit ; mes mains sont ainsi dans une attitude intermédiaire à la pronation et à la supination).

Le col, à peine effacé est ainsi attaqué, et, en 1 heure un quart de pénibles efforts, la dilatation, presque complète, est largement suffisante pour permettre l'extraction d'un fœtus de 6 mois et demi. L'extraction est faite au forceps.

A noter, au moment de la dilatation, une déchirure de toute la portion vaginale du col à droite. L'enfant, du sexe féminin, avait déjà succombé.

Pendant les premières 24 heures qui ont suivi l'accouchement, j'ai donné 8 grammes de chloral à la malade, 3 grammes seulement pendant chacun des deux jours suivants.

Suites de couches apyrétiques. Lever le quinzième jour.

L'albuminurie a disparu au bout d'un mois et demi.

Guérison de la mère. Enfant mort.

A noter que, depuis, Mme P..., a eu deux grossesses, avec albuminurie chaque fois, grossesses qui se sont respectivement terminées par deux avortements à 3 et 4 mois.

Observation II

Accouchement accéléré.

Due à l'obligeance de M. le docteur Guérin-Valmale, Montpellier 1902.

C... B..., 37 ans, quintipare, grossesse de 9 mois.

Les grossesses antérieures de cette malade se sont passées normalement ; les accouchements ont été simples, les enfants vivants.

Depuis 2 mois, la malade a été en proie à une céphalée intense et fréquente ; elle a accusé aussi des troubles visuels. Cette malade vient d'avoir trois accès éclamptiques à peu de distance. Elle a 6 grammes d'albumine dans les urines.

On procède à l'accouchement artificiel, sous la narcose chloroformique et tente la dilatation unimanuelle du col qui, extrêmement rigide, résiste à tous les efforts.

Le ballon de Champetier ne donne pas de meilleurs résultats. On revient enfin à la dilatation manuelle (procédé de Marx), et 14 heures après le début des premières manœuvres, on termine l'intervention par une version interne.

La malade n'a plus eu de crises.

L'enfant, né vivant, pèse 2.130 grammes.

La mère a très bien guéri ; pendant plusieurs mois, son urine a contenu de l'albumine. L'enfant est mort moins d'un mois après la naissance.

Observation III

Accouchement accéléré.

Due à l'obligeance de M. le docteur Goinard, *loco citato.*

M... F..., primipare, est amenée à la Maternité, le 11 mai 1900, à 8 heures du soir, dans un état comateux.

D'après les renseignements qui nous sont fournis, elle a éprouvé, dans la journée, de la céphalalgie, des vertiges, s'est plainte d'avoir un nuage devant les yeux. La première crise convulsive s'est produite à 4 heures du soir ; à partir de ce moment, les attaques se sont succédé à intervalles très rapprochés, séparées par des périodes de coma complet.

Le volume de l'utérus indique une grossesse de 8 mois environ. Le foyer d'auscultation est à gauche de la ligne médiane, la tête est engagée en gauche transverse.

Le travail est commencé, le col complètement effacé et dilaté comme un franc : la poche des eaux est intacte ; les contractions utérines sont peu fréquentes. On commence le traitement médical : lavement purgatif, chloral, chloroforme. Au

bout de deux heures, on a recours à la dilatation manuelle par le procédé de Bonnaire. Le col étant à ce moment dilaté comme une pièce de cinq francs, admet facilement deux doigts de chaque main ; la dilatation est complète au bout d'environ 20 minutes. Le forceps est appliqué une première, puis une deuxième fois ; extraction facile.

Déchirure du périnée aussitôt suturée. Le fœtus n'est pas à terme, il ne pèse que 2.100 grammes ; né en état de mort apparente, il n'est ranimé qu'au bout de vingt minutes.

Délivrance par expression, cinq minutes après l'accouchement.

Depuis le commencement jusqu'à la fin de l'intervention obstétricale, la malade a eu une huitaine de crises. Une autre crise a eu lieu dans la nuit qui suivit.

Le 12 mai, nouvelle crise dans la matinée : le coma persiste. Lavement de chloral, sérum artificiel, inhalation d'oxygène, gavage avec du lait.

13 mai. — Pas de crises ; le coma persiste.

14 mai. — La malade reprend connaissance.

15 mai. — L'état général est excellent, mais il y a, dans la soirée, de l'excitation mentale ; la malade est en proie à une hallucination et croit voir le plafond de la salle s'envoler.

16 mai. — L'intelligence est revenue ; la malade répond à toutes les questions, mais croit à la réalité de son hallucination de la veille.

Le 9 juin, elle quitte l'hôpital en bonne santé, ainsi que son enfant. Elle a conservé un peu d'albumine dans ses urines (environ 0 gr. 40 centigrammes par litre).

Observation IV

Accouchement accéléré.

Dr Moggi, *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, nº 6 (1904).

P... M..., 35 ans, quintipare, a eu une première grossesse normale à l'âge de 25 ans ; quelque temps plus tard, une seconde grossesse très pénible, avec vomissements incoercibles, albuminurie ; malgré le régime lacté, la malade aurait eu de l'éclampsie lors de son accouchement et elle se souvient d'avoir été soignée à ce moment. Une troisième grossesse fut normale.

La grossesse actuelle n'a donné lieu jusqu'ici à aucun incident. Les dernières règles datent du 13 juin 1901.

Le 6 mars 1902, nous constatons une présentation du siège en S I G T ; le 12 mars, l'évolution en O I D P s'est effectuée spontanément.

L'examen des urines, pratiqué à plusieurs reprises, notamment le 15 mars pour la dernière fois, n'a jamais révélé trace d'albumine.

Le 17 mars, à la visite du matin, on trouve la femme en travail : le col n'est pas complètement effacé ; mais il est perméable au doigt, la tête est fixée, la fontanelle antérieure en avant: O I D P. La poche des eaux est rompue.

Le travail marche lentement, les contractions sont très espacées. Sur ces entrefaites, à une heure et demie du soir, survient une crise d'éclampsie bien caractérisée, bientôt suivie d'une seconde.

On décide de terminer au plus tôt l'accouchement ; la dilatation étant encore incomplète est terminée artificiellement par

le procédé de Bonnaire ; puis, après avoir essayé une première application de forceps, on constate au cours d'une deuxième tentative, la procidence d'un pied. On fait alors la version podalique qui s'effectue sans difficultés.

Délivrance naturelle au bout d'une demi-heure.

L'enfant pèse seulement 2 kilogs.

Le placenta présente de gros infarctus blancs.

Suites des couches des plus normales.

Observation V

Accouchement accéléré.

Recueillie dans le service de M. le docteur Goinard, professeur suppléant.

D...bent... B..., 19 ans, primigeste.

Entre à la Maternité après avoir présenté chez elle des crises sub-intrantes d'éclampsie, depuis près de dix heures.

La parturiente n'est pas au terme de sa grossesse (7 mois et demi).

Le fœtus se présente en S I D T, on n'entend pas les bruits du cœur.

L'examen obstétrical permet de s'assurer que l'éclampsie coïncide avec un début de travail. Le col, effacé, est dilaté comme deux francs.

M. Marini, chef de clinique, complète la dilatation suivant la méthode de Bonnaire.

Version-forceps, tête dernière, délivrance normale.

Les crises ont cessé après la délivrance, le coma persiste.

23 février. — Coma. — Urines abondantes. Température et pouls normaux.

24 février. — Coma. — Pas de température.

25 février. — La malade reprend connaissance et s'alimente. Pas de température.

26, 27, 28, 29 février. — La malade a fait un peu de manie puerpérale.

Le premier mars, elle est tout à fait calme.

Le 9 mars, elle demande à sortir de l'hôpital. Depuis deux jours, elle n'a plus d'albumine dans les urines.

Observation VI

Accouchement accéléré.

Due à l'obligeance de MM. Denis et Goinard, chirurgiens des Hôpitaux d'Alger

Mme S..., âgée de 24 ans, primipare, a été atteinte d'albuminurie dès le début de sa grossesse. Elle n'a pas suivi les prescriptions de son médecin traitant et a négligé de faire examiner ses urines d'une façon suivie.

Lorsque nous sommes appelé auprès de la malade, le 20 janvier 1906, nous la trouvons dans le coma. Elle a présenté, jusqu'à notre arrivée, de nombreuses crises.

Au moment où nous pratiquons l'examen obstétrical, nous constatons que le col est dilatable.

A 5 heures du soir, la malade est encore dans le coma. Le col est à peine dilaté comme 5 francs ; le travail ne faisant plus de progrès appréciable, nous décidons de procéder à l'accouchement artificiel.

Nous activons la dilatation à l'aide du procédé bimanuel de Bonnaire. Une application de forceps au détroit supérieur, nous permet d'extraire facilement le fœtus ; le périnée se déchire légèrement. L'enfant est en état de mort apparente. Il ne peut être ranimé qu'au bout de deux heures d'efforts et meurt quelques heures après.

Immédiatement après la délivrance, nous avons procédé à la suture du périnée de la malade.

Celle-ci a encore présenté dans la nuit du 19 janvier, 4 crises. Le coma a persisté 36 heures après l'intervention.

Dès le moment où la malade a repris connaissance, tout a été pour le mieux.

Le résultat de la périnéorraphie est excellent. Les suites de couches ont été normales.

La malade a accouché depuis deux mois ; néanmoins ses urines présentent encore de l'albumine en notable quantité.

Observation VII

Accouchement accéléré.

Due à l'obligeance de Mme le docteur Gaussel-Ziegelmann, chef de clinique obstétricale à la Maternité de Montpellier.

M... S.., 37 ans, entre à la Maternité le 6 septembre 1905 à 7 heures du matin.

Elle est dans le coma.

Examen. — Face cyanosée ; respiration stertoreuse ; température, 37° ; pouls vibrant battant à 132 ; œdème des membres inférieurs.

A l'auscultation, on entend une véritable pluie de râles sur toute l'étendue de la cage thoracique.

La sonde uréthrale ne ramène que 20 centimètres d'une urine très foncée, et qui contient une quantité considérable d'albumine.

On fait immédiatement à la malade une saignée de 400 grammes, et plusieurs injections d'éther camphré (6 centimètres cubes).

Après la saignée, la malade sort du coma et commence à répondre aux questions qu'on lui pose.

La respiration est devenue plus régulière (32 inspirations) ; le pouls est toujours à 120, mais moins tendu.

A ce moment, on n'entend pas les bruits du cœur du fœtus ; le col est long, il n'y a pas de travail.

A 8 heures, éclate une nouvelle crise qui dure 3 minutes, puis la malade retombe dans le coma.

L'œdème pulmonaire semble plus marqué ; la malade expectore des crachats spumeux abondants.

On décide alors de provoquer et de terminer rapidement l'accouchement. Mme Gaussel procède à la dilatation artificielle du col suivant le procédé de Harris et obtient assez rapidement une dilatation grande comme 5 francs. La dilatation est rapidement achevée suivant la méthode de Bonnaire modifiée par le croisement des poignets.

Elle est complétée en 17 minutes. Après quoi, l'opérateur procède à la rupture artificielle des membranes et à la version podalique. Forceps tête dernière.

Pas de déchirure du périnée ; délivrance normale cinq minutes après l'accouchement.

L'intervention a été faite sans anesthésie, en raison de l'extrême gravité de l'état de la malade.

Après la délivrance, la malade n'a plus présenté de crises.

Les suites de couches ont été normales.

Observation VIII

Accouchement provoqué.

Due à l'obligeance de M. le docteur Goinard, *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, n° 6, 1904.

G... C..., 26 ans, primipare, est entré à la Maternité le 5 mars 1900. La sage-femme qui l'a amenée avait constaté 15 jours auparavant un œdème très marqué des membres inférieurs et prescrit le régime lacté auquel la malade négligea de se soumettre.

A l'heure actuelle, la parturiente a déjà eu trois crises d'éclampsie qui se sont succédé dans l'espace d'une heure et demie.

Les crises se renouvellent sous nos yeux, de plus en plus fréquentes, séparées par des périodes de demi-coma. Les membres inférieurs sont énormes ; l'œdème remonte très haut sur la paroi abdominale ; le pouls est rapide mais assez bien frappé. Le col est légèrement entr'ouvert mais non effacé ; l'utérus est fortement contracté. Le foyer d'auscultation se trouve à gauche de la ligne médiane, les bruits du cœur sont un peu ralentis et sourds.

On essaie d'abord le traitement médical : lavement de chloral, saignée de 200 grammes ; mais les crises continuent. Au bout d'une heure, le travail n'a fait aucun progrès, le cœur fœtal continue à battre.

A quatre heures et demie du soir on applique le ballon de Champetier de Ribes. A six heures, après évacuation d'une partie de son contenu, il est expulsé, et l'on décide de procéder à l'application du forceps, quoique la dilatation ne soit pas encore complète. A ce moment, la tête est à peine amorcée et se trouve en gauche transverse. Sous l'influence de tractions très modérées, aidées par les contractations utérines, la tête progresse en même temps que la dilatation s'achève ; une légère traction suffit alors pour dégager la tête.

L'accouchement se termine sans autre incident à 3 heures et demie.

Après quelques tractions de la langue, l'enfant fait une première inspiration puis s'arrête ; ce n'est qu'après un quart d'heure d'efforts qu'on parvient à le ramener complètement à la vie.

Du côté de la mère, une hémorragie abondante se produit quelques instants après l'accouchement et ne cède pas aux

injections chaudes. On pratique aussitôt la délivrance par expression suivie d'une injection intra-utérine chaude.

Le périnée présente une déchirure qui est aussitôt suturée. On fait ensuite une injection de 500 grammes de sérum.

Les crises persistent pendant la nuit qui suit l'accouchement, et, dans leur intervalle, la femme ne reprend pas connaissance.

Le lendemain, 6 mars, nouvelle injection de sérum ; lavement purgatif suivi d'un lavement au chloral. Inhalations d'oxygène. Introduction de lait dans l'estomac au moyen de la sonde œsophagienne. Les crises ne se renouvellent pas dans la journée. Elles n'ont, somme toute, duré que douze heures après l'accouchement. Mais l'agitation persiste et la malade ne reconnaît personne.

L'enfant, qui pèse 3.400 grammes et se porte bien, est confié à une nourrice.

Le 7 mars, après persistance de l'agitation dans la matinée, l'amélioration se dessine franchement dans la journée. La température, qui était à 39°3 le soir de l'accouchement, retombe à la normale.

Le 8 mars, la malade a complètement repris ses sens. Elle répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse.

Le 9 mars, elle va tout à fait bien ; la diurèse est abondante, l'œdème des membres inférieurs a presque complètement disparu.

L'amélioration continue les jours suivants et la mère et l'enfant quittent l'hôpital en bonne santé.

Observation IX

Accouchement provoqué.

Due à l'obligeance de M. le docteur Goinard, *loco citato.*

Le 15 septembre 1900, M... M..., depuis quelques jours à la Maternité, se plaint, vers 5 heures du matin, d'une sensation de vertige ; en même temps, elle commence à avoir des mouvements convulsifs de la face, puis des crises d'éclampsie bien caractérisées, de plus en plus rapprochées, au point de se renouveler quatre fois dans une période de vingt minutes. Le coma est absolu dans l'intervalle des crises. C'est dans cet état que je vois la malade, à 10 heures du matin. Elle a eu, à ce moment, 7 ou 8 crises.

A l'examen, je trouve une présentation du sommet non engagée ; la tête est mobile au-dessous du détroit supérieur. Le col, entièrement ramolli, facilement perméable au doigt, quoiqu'il s'agisse d'une primipare, n'est cependant pas effacé, il a encore une longueur très appréciable.

A 11 heures, je commence la dilatation manuelle par le procédé de Bonnaire ; la pénétration dans le col est facile : mais la tête n'étant pas du tout engagée, l'orifice interne est difficilement accessible. Je parviens cependant à l'abaisser avec l'index fortement recourbé et à y introduire successivement quatre doigts de chaque main. La dilatation ayant acquis la dimension d'une paume de main et ne réalisant plus de progrès appréciables, j'applique le forceps et tire très modérément ; mais la tête descend très difficilement, bridée par l'orifice cervical. Le forceps est retiré : la tête remonte alors jusqu'au détroit supérieur, où il faut faire la deuxième application. Cette fois, les tractions sont plus efficaces. On

sent peu à peu la lèvre antérieure du col s'amincir, s'assouplir, et enfin s'effacer pour laisser passer la tête. Le périnée ne présente pas de résistance notable et le dégagement est assez facile. La durée totale de l'accouchement a été d'une heure environ.

L'enfant naît asphyxié, et toutes les tentatives pour le ranimer sont inutiles.

Délivrance naturelle par tractions sur le cordon, au bout d'un quart d'heure.

Dans les heures qui suivent l'accouchement, la femme a encore deux crises d'éclampsie. Ce sont les dernières. Quatre ou cinq heures après, elle n'a pas encore recouvré sa connaissance, mais le coma a fait place à une agitation assez vive.

Traitement médical : lait, sérum artificiel, lavement purgatif.

Le 16 septembre, la malade, encore un peu déprimée, a recouvré sa connaissance et répond clairement aux questions qu'on lui adresse. La température est retombée à la normale.

Le 17 septembre, lucidité complète ; état général parfait. La malade sort guérie.

Observation X

Accouchement provoqué.

Due à l'obligeance de M. le docteur Goinard, *loco citato*.

M... L..., primipare, 19 ans, entre à la Maternité le 13 novembre 1902. Elle est dans le coma. Sa mère, qui l'accompagne, nous dit qu'elle est enceinte de sept mois et demi, qu'elle se plaint de malaises depuis quelques jours, et que, dans la nuit, elle a eu des crises convulsives avec déviation

des globes oculaires, respiration bruyante, écume à la bouche, crises suivies d'un état d'abattement profond.

La dernière crise a eu lieu à 4 heures du matin.

A 9 heures, moment où nous observons la femme, elle est dans le coma ; l'urine recueillie par cathétérisme, se coagule presque en masse par l'acide nitrique. Le volume de l'utérus correspond bien à une grossesse de sept mois et demi. Au toucher, le col est ramolli, l'orifice externe entr'ouvert. La tête est difficilement accessible, aisément refoulable.

On commence par instituer le traitement médical : lavement purgatif, suivi de lavements de chloral, injection d'un demi-litre de sérum artificiel.

Mais les crises continuent ; il y en a quatre dans l'après-midi, espacées d'une heure environ.

A 3 heures, on fait une saignée de 150 grammes, puis on administre du chloroforme. Mais, à peine cesse-t-on les inhalations que les convulsions recommencent ; on se décide alors à l'intervention obstétricale.

Dilatation manuelle par le procédé de Bonnaire. Le col est facilement perméable au doigt, mais il a encore toute sa longueur. Aussi, est-ce avec quelque peine que l'on effectue la dilatation.

On extrait ensuite par le forceps un fœtus mort-né du sexe féminin pesant 2.100 grammes.

Délivrance artificielle.

Le 14 novembre, la malade est encore dans un état semi-comateux. Langue très saburrale ; injection de 500 grammes de sérum.

15 novembre. — La malade a repris connaissance ; elle se plaint d'une céphalalgie intense. Injection de 500 grammes de sérum.

17 novembre. — Purgatif léger. Il n'y a plus qu'un léger nuage d'albumine.

18 novembre. — Plus trace d'albumine.

19 novembre. — Etat général parfait. On commence l'alimentation ordinaire.

Le 15 décembre, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Observation XI

Accouchement provoqué.

Due à l'obligeance de M. le docteur Goinard, *loco citato.*

M. A..., secondipare, 34 ans, entre à la Maternité le 13 avril 1903, à 11 heures du matin.

D'après les renseignements fournis par la famille, elle aurait commencé à avoir des crises convulsives vers 5 heures du matin et, depuis ce moment, n'a pas repris connaissance.

A son arrivée, elle est dans le coma. La langue, très volumineuse, violacée, déborde les arcades dentaires.

Le fond de l'utérus est à sept travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; l'excavation est vide ; le foyer d'auscultation est à droite de la ligne médiane, assez élevé. On fait le diagnostic de présentation du siège ; l'âge de la grossesse paraît être de sept mois et demi.

Au toucher, on ne trouve aucun signe de travail ; le col est perméable, mais non effacé.

Il y a de l'œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs.

On institue immédiatement le traitement médical : lavements de chloral, saignée, sérum artificiel. Malgré cela, les crises se renouvellent, au nombre de cinq jusqu'à six heures du soir. A ce moment, le col, largement perméable, paraît diminué de longueur.

Les bruits du cœur sont perceptibles mais très sourds. On

décide de provoquer l'accouchement. La dilatation par le procédé de Bonnaire est effectuée sous chloroforme ; la manœuvre est laborieuse, et, au bout d'une demi-heure, la dilatation est encore incomplète. On essaie alors, mais sans grand profit, le dilatateur de Tarnier, et l'on termine par une nouvelle tentative de dilatation manuelle.

Il s'agit d'une présentation du siège en S I D A ; après rupture de la poche des eaux, le pied antérieur est amené. La descente se fait très lentement, et il est nécessaire d'aller à la recherche des membres supérieurs défléchis.

Au cours de cette manœuvre, on sent l'anneau de Bandl fortement contracté. Aussi, malgré des tractions énergiques sur le maxillaire inférieur, on n'arrive pas à fléchir la tête, et l'on fait immédiatement une application de forceps sur la tête dernière, ce qui permet une extraction rapide.

L'enfant naît en état de mort apparente, mais, il est assez facilement ranimé. Délivrance artificielle.

L'examen des urines, recueillies par cathétérisme avant l'opération, avait donné 15 grammes d'albumine par litre.

Dans la nuit, la malade est agitée, elle a eu des crises de minuit à 9 heures du matin.

14 avril. — Les crises cessent dans l'après-midi. Malgré toute notre opposition, la malade est emmenée par sa famille.

15 avril. — Nous apprenons qu'elle a eu trois crises dans la soirée et la nuit ; mais, le matin, son état est meilleur, l'agitation a disparu. Il paraît même qu'elle aurait repris connaissance pendant quelques instants. Dans la journée, son état continue à s'améliorer et la connaissance revient.

L'enfant est mort au bout de 24 heures.

16 avril. — L'état reste satisfaisant.

17 avril. — La malade ayant eu un peu de fièvre et des lochies fétives, on obtient son retour à l'hôpital où on lui

fait une injection intra-utérine. La femme se sent très bien et ne se plaint plus que des morsures de la langue.

23 avril. — La malade quitte l'hôpital en bonne santé.

Observation XII

Recueillie dans le service de M. le professeur suppléant E. Goinard.

A... M..., 24 ans, primipare, entre au pavillon d'accouchements à 9 heures du soir, le 6 décembre 1904.

A son arrivée, elle est dans le coma. Nous pratiquons immédiatement le cathétérisme de l'urèthre, et retirons de la vessie cent grammes d'une urine lactescente, où l'acide azotique décèle une quantité considérable d'albumine.

La parturiente n'est pas au terme de sa grossesse (8 mois et demi) ; le fœtus paraît très gros ; il s'agit d'une présentation du sommet en droite transversale, sans tendance à l'engagement. Les pulsations fœtales sont vigoureusement rythmées.

Le toucher, pratiqué immédiatement, indique qu'il n'y a aucun commencement de travail ; le col n'est pas dilaté. Au moment où nous finissons notre exploration, éclate un nouvel accès d'éclampsie (la malade en avait déjà eu six chez elle).

Entre temps, on a fait à la malade une saignée de 300 grammes ; mais les accès se succèdent de plus en plus nombreux.

En présence de la gravité des symptômes présentés par la malade, l'accouchement artificiel nous paraît le seul moyen de la sauver.

M. Marini, chef de clinique obstétricale, arrive sur ces entrefaites.

Dilatation artificielle du col ; extraction rapide du fœtus

par la version, forceps tête dernière ; le fœtus est asphyxié, il est impossible de le ramener à la vie.

Délivrance artificielle, injection intra-utérine.

Après la délivrance, la malade est restée dans le coma.

Température, 38°3 ; pouls, 140.

Les crises ont persisté jusqu'au lendemain (10 crises en 11 heures).

5 décembre. — La malade est toujours dans le coma. Gavage avec trois litres de lait et eau bouillie.

Température, 38°2 ; pouls, 148.

6 décembre. — Coma.

Température, 37°8 : Pouls, 136.

7 décembre. — La malade reprend connaissance, parle, boit facilement le lait qu'on lui présente.

Température, 37° ; pouls, 100.

Les jours suivants, la température, le pouls sont normaux.

La malade reste au régime lacté. Les urines, abondantes contiennent 0 gr. 40 centigrammes d'albumine par litre.

La malade sort de l'hôpital le 3 janvier. Les suites de couches ont été normales. Nous l'avons revue vingt jours après sa sortie de l'hôpital : ses urines présentaient encore des traces d'albumine.

Observation XIII

Accouchement accéléré.

Due à l'obligeance de M. le Professeur chef de service Vallois (Montpellier). Observateur : M. Euzière, interne du service.

X..., 26 ans, primipare, grossesse de 8 mois, entre à la Maternité le 1er mai 1906, à 2 heures du soir.

Cette femme est plongée dans le coma. Sa face est violacée. Tout son corps est œdématié, les membres inférieurs et le ventre surtout. Il y a 8 jours, la malade aurait été con-

sulter un médecin parce qu'elle avait les jambes enflées. Ce praticien a ordonné le régime lacté qui n'a pas été rigoureusement suivi.

Le 30 avril, la malade aurait accusé déjà une céphalée intense qui l'oblige à garder le lit.

Le 1er mai à midi, sa mère, en rentrant chez elle, l'a trouvée dans le coma. De midi à 2 heures, elle a eu trois crises d'éclampsie. La famille, effrayée, l'a fait transporter à la Maternité.

A son entrée, elle a 37°6 de température. Le pouls est petit (120 pulsations). L'utérus est tendu au point de rendre le palper impossible ; il remonte à 47 centimètres au-dessus du pubis. Le cœur du fœtus ne bat plus.

Au toucher, on trouve un col épais, ouvert comme 1 franc ; la poche des eaux est volumineuse ; derrière elle, se trouve une tête petite et très ballotable.

La vessie est vide.

On donne un lavement évacuateur, suivi d'un lavement de chloral (4 grammes). Celui-ci est presque immédiatement rejeté.

La malade présente cinq nouvelles crises : à 2 heures, à 2 h. 35, 3 h. 20, 4 h. 40, 5 heures.

Au début de chaque crise, on procède à des inhalations de chloroforme.

A 3 heures de l'après-midi, saignée de 125 centimètres cubes et injection de sérum (550 centimètres cubes).

La malade est très agitée. La température va en augmentant, elle atteint maintenant 38°3 (5 heures). Le pouls suit la même marche ascendante.

A 6 heures, M. le professeur Vallois décide d'accélérer l'accouchement.

Le col, complètement effacé, permet l'introduction de 4 doigts. La dilatation est achevée, sous anesthésie chlorofor-

mique complète, à l'aide d'un ballon de Champetier, de 500 centimètres cubes. La poche des eaux, rompue artificiellement, donne issue à une très grande quantité de liquide. M. le professeur Vallois fait la version (il est 6 h. 12'). En trois minutes, l'extraction du fœtus est accomplie ; elle est suivie d'une nouvelle issue de liquide amniotique, en grande abondance. Le fœtus pèse 2.050 grammes.

A 7 h. 15, délivrance artificielle motivée par une hémorragie et l'état de la femme (pouls à 156). Le placenta, inséré à droite, n'est décollé que sur une petite partie de son bord inférieur. Injection intra-utérine iodée.

Après l'accouchement, la malade est restée dans le coma. Elle n'a plus eu de crises jusqu'à 9 h. 30.

A ce moment, elle a une crise de faible intensité. A 10 h. 30, nouvel accès un peu plus fort. On lui donne alors un lavement de chloral. A 1 heure du matin, nouvelle crise.

3 mai. — La malade reprend connaissance ; elle commence à répondre aux questions qu'on lui pose.

Elle urine abondamment sous elle (4 gr. d'albumine par litre).

Température : Matin, 36°8 ; soir, 37°4.

Pouls : matin, 80 ; soir, 87.

Traitement. — Lait, eau de Vichy, 3 lavements, sérum artificiel de 200 grammes.

4 mai. — La malade va de mieux en mieux. Elle urine toujours abondamment sous elle, et a plusieurs débâcles intestinales.

Albumine, 3 grammes.

Température : matin, 37°2 ; soir, 37°2.

Pouls : matin, 80 ; soir, 80.

4, 5, 6, 7 mai. — L'amélioration s'est accentuée de jour en jour. La malade est actuellement hors de danger (8 mai 1906).

CONCLUSIONS

I. L'éclampsie est une forme spéciale de l'intoxication propre aux femmes enceintes.

Elle s'observe, par ordre de fréquence : pendant la grossesse, pendant le travail, *post-partum*.

Les primipares sont plus exposées que les multipares.

Le fœtus résiste moins que la mère à l'action de la toxhémie éclamptique.

II. — Le traitement médical de l'éclampsie doit être avant tout antitoxique. Il comprend essentiellement l'institution du régime lacté absolu. Lorsque l'éclampsie est déclarée :

a) Le chloral exerce toujours une heureuse influence sur le nombre et l'intensité des convulsions. Moins toxique que les autres hypnotiques et que les anesthésiques, il devra être employé de préférence.

b) La saignée peut augmenter la tension artérielle et le sérum peut augmenter les œdèmes. Il serait prudent de ne pas en abuser.

III. — La cessation de la grossesse agit favorablement sur l'état maternel.

L'accouchement ne peut qu'être utile au fœtus. C'est pourquoi l'accouchement systématiquement rapide, provoqué ou accéléré sera légitime :

a) Dans l'intérêt de la mère : toutes les fois que sa vie est mise en danger par l'aggravation des phénomènes éclamptiques.

b) Dans l'intérêt du fœtus :

1° Toutes les fois qu'un début de travail, coïncidant avec l'éclampsie, même de moyenne intensité, la vie de l'enfant dépend de la rapidité de l'accouchement ;

2° Pendant l'agonie de la mère, lorsque le fœtus vit encore.

L'intervention de choix est l'accouchement systématiquement rapide provoqué ou accéléré suivant la méthode bimanuelle de Bonnaire modifiée.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 3 mai 1906
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 3 mai 1906
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

1740. Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouché.

1743. Mesnard. — Le guide des accoucheurs.

1762. Levret. — Observations sur les causes et les accidents des accouchements laborieux. Paris.

1779. Leroy. — Pratique des accouchements.

1781. Baudelocque. — Art des accouchements.

1787. Jacobs. — Pratique des accouchements.

1790. Baumes. — Des convulsions chez les femmes.

1820. Miquel. — Traité des convulsions chez les femmes enceintes et en travail.

1822. Baudelocque (A.-C.). — Dissertation sur les convulsions qui surviennent pendant la grossesse, dans le cours du travail de l'enfantement et après la délivrance. Thèse Paris.

1821-25. Me Lachapelle. — Pratique des accouchements ou mémoires et observations choisies sur les points importants de l'art.

1834. Velpeau. — Des convulsions chez les femmes pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement. Paris.

1849. Blot. — De l'albuminurie chez les femmes enceintes, etc. Thèse Paris.

1872. Charpentier. — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques. (Thèse agrég., Paris.)

1875. Tarnier. — Progrès médical.

1888. Varnier. — Albuminurie et éclampsie (Annales d'obst. et pædiatrie).

1888. Auvard. — Traitement de l'éclampsie.

1889. Coudray. — Des indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques. (Thèse de Paris.)

1890. Bouffe de Saint-Blaise. — Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale. (Thèse de Paris.)

1892. Casamayor. — Contribution à l'étude de l'éclampsie puerpérale d'après une statistique de 1872 à 1892. (Thèse de Paris.)

1893. Charpentier. — Traitement de l'éclampsie. (Bull. acad. médecine, numéros 2-3-5.)

1895. Chambrelent et Cassaet. — Causes de la mort fœtale dans l'éclampsie. (Soc. obst. de France.)

1896. Michel. — Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie. (Thèse de Paris.).

1897. Fouqueau. — Quelques considérations sur les accès d'éclampsie, principalement sur le diagnostic et le traitement. (Thèse de Paris.)

1897. Danger. — Traitement obstétrical de l'éclampsie.

1897. Mortagne. — De l'accouchement méthodiquement rapide. (Thèse de Paris.)

1898. Hélouin. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'hépato-toxhémie gravidique. (Thèse de Paris, 1898.)

1899. Schmitt. — Contribution à l'étude du traitement obstétrical de l'éclampsie. (Thèse de Paris.)

1893. Bernheim. — Traitement de l'éclampsie puerpérale, en particulier par les injections d'eau salée. (Thèse de Paris.)

1893. Germont. — Contribution à l'étude de l'auto-intoxication gravidique d'après les statistiques prises à la clinique Baudelocque, de la fondation au 1er janvier 1893. (Thèse de Paris).

1893. Duchemin. — Quelques cas d'éclampsie sans albuminurie prémonitoire. (Thèse Paris.)

1893. Porak et Bernheim. — Des injections sous-cutanées d'eau salée, employées comme diurétique, en particulier dans le traitement de l'albuminurie gravidique grave. (*Ann. de la Soc. Obst. de France*, 1893.)

1894. Mignolet. — Causes de la mort de l'enfant dans l'éclampsie puerpérale. (Thèse Bordeaux.)

1894. Tarnier. — Possibilité de pratiquer un accouchement rapide chez les femmes, pendant leur agonie ou post-mortem. (*Gazette méd.*, Paris.)

1899. Bouchard. — Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition. Leçons sur les auto-intoxications. Thérapeutique des maladies infectieuses. (Paris.)

1899. Ollive. — De l'indicanurie en général et en particulier dans la grossesse et la puerpéralité. (Th. Paris.)

1900. Queirel et Reynaud. — Étude de la tension artérielle. (*Ann. de Gynécologie*, 1900, p. 64.)

1900. Pinard. — *Ann. de gynécologie.*

1900. Paris. — Contribution à l'étude du traitement des accès d'éclampsie. (Th. Paris.)

1900. Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

1901. De Félice. — Contribution à l'étude de l'accouchement rapide dans l'éclampsie. (Thèse Paris.)

1901. Dubost. — Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales. (Th. Paris).

1901. Debrisay. — Titres et travaux scientifiques, Paris, 1901.

1902. Maury. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. (Thèse Paris.)

1902. Vallois. — Traitement de l'éclampsie. (*Montpellier Médical*, 1902.)

1903. Guérin-Valmale. — Quinze observations d'accès éclamptiques. (*Montpellier-Médical*, 1903.)

1903. Gaussel-Ziegelmann. — De la continuation de la grossesse après les accès d'éclampsie. (*Montpellier-Médical.*)

1904. Delestre. — L'albuminurie gravidique. (*Revue obst. et pæd.*).

1904. Goinard. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris.* numéros 5 et 6 (1904).

1905. Vallois. — Traitement de l'éclampsie. (Travaux d'obstétrique, 1905.)

1905. Reinberg. — Les accès dits éclamptiques. (Thèse Paris.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !